إضطرابات التواصل

عيوب النطق وأمراض الكلام



دكتور / عبد الفتاح صابر عبد المجيد

إهـــــــــداء ٢٠٠٧

الدكتور/ عبد الفتاح صابر عبد الحميد

جمهورية مصر العربية

جامعة عين شمس
كلية التربية
قسم الصحة النفسية

إضطرابات التواصل

عيوب النطق وأمراض الكلام

دكتور / عبد الفتاح صابر عبد المجيد

١٩٩٦

المحتـــــويـات

مقدمـــــة:

إن قدرة الإنسان على (صنع) الكلمات وصياغة الرموز التي تمثل ظواهر عالمه الخارجي وعالمه الداخلي على السواء هي أهم الخصائص التي تميز الإنسان عن بقية الكائنات. ففي محاولته فهم البيئة التي يعيش فيها وحل ألغازها يصوغ الإنسان أنساقاً رمزية أو لغات يمكنه عن طريقها بناء هذه العملية ونقلها إلى الآخرين، فالكلمات تمد الإنسان بقوالب يصب فيها أفكاره ومفاهيمه وتصوراته، مثلما تزوده برموز تعبر عن معتقداته وقيمه. ولكن على العكس من بعض الرموز الأخرى التي لاتتضمن سوى معاني محددة وثابته كالأرقام أو الأعداد مثلاً، فإن الكلمات تحتمل كثيراً من التأويلات التي تختلف من شخص لآخر، مثلما تختلف باختلاف الظروف والأوضاع. وهذا هو مايعطي الكلمات خطورتها وأهميتها في عملية الاتصال.

اللغة إذاً وباختصار هي أداة الاتصال الرئيسية في المجتمع الإنساني، لأنها هي الوسيلة الأكثر فعالية في تمكين الفرد من الدخول في علاقات وتفاعلات اجتماعية مختلفة، مثلما هي أداته الرئيسية في عملية التكامل مع الثقافة التي ولد فيها، أي أن اللغة التي يكتسبها الفرد أثناء عملية التنشئة الاجتماعية هي الأداة الأساسية في عملية التنشئة أو التطبيع الاجتماعي ذاتها.

وهذا لايعني بحال أن جميع أفراد المجتمع يفهمون اللغة السائدة في ذلك المجتمع بنفس الطريقة ونفس الدرجة، إذ على الرغم من أنهم جميعاً يتعلمون لغة المجتمع التي تتألف من ألفاظ معينة والتي لها قواعدها المعروفة وقواميسها التي تضم مفرداتها وتحدد بدقة معاني هذه المفردات، فإن ثمة عوامل اجتماعية واقتصادية ونفسية كثيرة تؤدي إلى تفاوت أفراد المجتمع في إدراكهم للغة وفي طرائق استخدامهم لها، ومن هنا يمكننا القول بأن لغة الفرد تقوم بتحديد ورسم علاقته بالناس كما أنها (واسطة لفظية) يستخدمها في توصيل آرائه وأفكاره وانفعالاته، ومن هنا كانت قدرة الفرد على الاتصال تتوقف إلى حد كبير على حصيلته من المفردات والتراكيب اللغوية وكيفية النطق والتلفظ بها.

والسؤال الذي يطرح نفسه علينا بعد هذا كله هو: ماذا نقصد بالاتصال؟ وفي حقيقة الأمر لم يتفق العلماء حتى الآن على تعريف واحد للكلمة، ولذا فقد يكفي هنا أن نقول أن "الاتصال" هو العملية التي يتم بمقتضاها تكوين العلاقات بين أعضاء المجتمع (بصرف

النظر عن حجم هذا المجتمع وطبيعة تكوينه) وتبادل المعلومات والآراء والأفكار والتجارب فيما بينهم، والواقع أن ثمة إجماع بين العلماء على اعتبار الاتصال عملية أساسية في حياة المجتمع، وأن كل مايتصل بانتقال الأفكار والمعلومات من فرد لآخر أو من جماعة لأخرى يدخل ضمن هذه العملية.

ومهما يكن من أمر الاختلاف في الرأي حول وجود أو عدم وجود لغة منطوقة لدى الإنسان الأول أو الإنسان المبكر، فإن اللغة بالمعنى الذي نفهمها به-وبخاصة الكلام-هي الأداة الرئيسية للاتصال، وذلك على أساس أن الكلمات ليست إلا رموزاً تدل على أشياء معينة. وبقدر مايملك الإنسان ناحية اللغة وسلامة النطق بها يكون في إمكانه خلق الاتصال وتوصيل مايدور في ذهنه من أفكار وآراء أو مايريد نقله من معلومات للآخرين. بل إن اللغة هي الوسيلة التي تمكن الفرد من التوحد مع الثقافة التي ينتمي إليها، والارتباط عضوياً بالمجتمع الذي يعيش فيه.

ويعتمد الشخص العادي اعتماداً كبيراً على أساليب التواصل اللفظي في مشاركته لأفكاره ومشاعره مع الأشخاص الآخرين. وفي اكتساب معلومات جديدة من خلال تفاعله مع الآخرين. الغالبية العظمى من الأفراد يأخذون مهارات التواصل وكأنها أمور مسلم بها نظراً لأنهم لم يواجهوا مشكلات حادة في فهم الآخرين، أو في محاولة التعامل معهم من خلال اللغة.

إلا أن الحال ليس كذلك دائماً. فبعض الأطفال لاتنمو مهارات التواصل لديهم على هذا النحو السوي، بل يواجههم بعض الاضطرابات، ومن ثم فإن آثار مثل هذه الاضطرابات- إن كانت من النوع الحاد- تكون ذات طبيعة مدمرة للنمو وخاصة في مجالات التحصيل الدراسي والشخصية في المستقبل إن لم تجد العلاج الملائم في الوقت المناسب.

ربما يكون معلم التربية الخاصة، أو الأخصائي النفسي، أو المدرس العادي، أو أحد الأخصائيين المهنيين الآخرين، هو أول من يساوره الشك في وجود صعوبات التواصل عند بعض الأطفال.

الفصل الأول

التواصل

الفصل الأول: التواصل

عملية التواصل Communication Process

يمكن أن تنظر إلى التواصل على أنه طريقة أو أسلوب لتبادل المعلومات بين الأفراد. إن المعلومات يمكن إرسالها كما يمكن استقبالاً بطرق عديدة تتراوح من الكلمة المنطوقة أو المكتوبة، إلى ابتسامة الصداقة والمودة، إلى حركات اليدين، إلى تعبيرات الوجه ... الخ وماإلى ذلك.

وعلى الرغم من أن كل أشكال الحياة الميدانية يفترض أنها تتضمن نظاماً من نظم التواصل، إلا أننا سيتركز اهتمامنا على التواصل بين أفراد البشر- التواصل الإنساني اللفظي المنطوق. حيث يتضمن نظام التواصل الشفوي كلاً من المخاطبة والاستماع، كما يتضمن اللغة والكلام. وعلى الرغم من أن البعض يستخدمون مصطلحي "الكلام واللغة" بشكل متبادل، فإن الأخصائيين المهنيين العاملين في حقل "اضطرابات التواصل" يميزون تمييزاً واضحاً بين هذين المصطلحين.

اللغـــــة Language

يرى علماء اللغة بأن اللغة هي: عبارة عن مجموعة من الرموز المنطوقة تستخدم كوسائل للتعبير أو الاتصال مع الغير، وهي قد تشمل على لغة الكتابة أو لغة الحركات المعبرة (الإيماءات والتكشيرات) وقد اعتاد علماء اللغة والنحاه في معرض حديثهم عن مواضيع اللغة والكلام أن يميزوا بين "مفهوم اللغة" و"مفهوم الكلام" و"مفهوم اللسان" وبعض النحاة العرب يستخدمون عبارة "اللغة العربية" ويقصدون بذلك "اللسان العربي".

ويرى هؤلاء بأن اللغة عبارة عن ظاهرة اجتماعية وهي أداة التفاهم والاتصال بين أفراد الأمة الواحدة، واللغة وهي نمط من السلوك لدى الأفراد والجماعات، أما "الكلام" فهو سلوك فردي يتجلى عن طريق كل مايصدر عن الفرد من أقوال ملفوظة أو مكتوبة وباختصار يمكن القول بأن اللغة تشير إلى الجانب الاجتماعي بينما الكلام يشير إلى الجانب الفردي، ويعرف بعض النحاة العرب الكلام "بأنه كل مايصدر عن الفرد من أقوال سواء أفادت أو لم تفيد" أما عن "مفهوم اللسان" كقول بعض النحاه "اللسان العربي" مثلاً فيقصد بذلك النموذج الاجتماعي الذي استقرت عليه اللغة، أو هو السلوك اللغوي السوي

بالنسبة للأغلبية العظمى من أبناء الأمة الواحدة، وذلك لأن الفرد عندما يتكلم فإنه قد ينحرف قليلاً أو كثيراً عن لسانه القومي لسان أمته ومجتمعه أي عن النموذج السائد في السلوك اللغوي (باستثناء الحالات المرضية) لذلك فنحن نتكلم بما هو قريب من اللغة الفصحى التي تمثل الأنموذج السوي المثالي للأمة العربية، وحيث يحاول كل فرد أن يحذو حذو هذه اللغة الفصحى نطقاً وكتابة، وبعض علماء اللغة يرون بأن لسان كل أمة يشتمل على عدة لغات أو لهجات واللغة الواحدة في حد ذاتها تتألف من كلام الأفراد، فاللسان العربي يتضمن عدة لغات (لغة أهل الشام، ولغة أهل مصر، ولغة أهل المغرب، ولغة أهل الحجاز) وأن اللغة والكلام سابقين للسان من حيث النشوء ولأن اللسان لايستقر إلا بعد عدة أجيال.

ويعرف العالم M. M. Lewis اللغة "بأنها صياغة المعلومات والمشاعر بشكل رموز منطوقة أو أصوات تكون على شكل مقاطع وهو يشير في كتابه عن "كلام الطفل" بأن اللغة لاتكون إلا عندما يكون هناك نظام اجتماعي وأفراد، أي لغة اجتماعية، وتؤكد اليزابيث هيرلوك E. Hurlock على رأي لويس السابق في أن اللغة أعم وأشمل من الكلام وهي تشتمل على جميع صور التعبير، أما الكلام فهو "أحد أشكال اللغة" ويعرف العالم ماكس ميلر m. miller الكلام بأنه استعمال رموز صوتية مقطعية يعبر الفرد بمقتضاها عن أفكاره ومشاعره.

وتعرف ماكارثي Mc Carthy اللغة بأنها نظام مستقل من الرموز له أسسه ومبادئه، والكلام هو هذه الرموز المنطوقة التي ترتبط بالأشياء والأفكار ودلالاتها والتي بدورها (أي هذه الأشياء والأفكار) تستثير أيضاً الرموز التي ترتبط بها، كما أن اللغة تكون ذات ثبات نسبي في كل موقف تظهر فيه ولها نظام وتركيبات معينة تختلف من شعب إلى آخر.

ومن العلماء أمثال بانجز Bangs من عرف اللغة بأنها نظام من الرموز يخضع لقواعد ونظم، والهدف من اللغة هو تواصل المشاعر والأفكار وهي تتكون من النظم التالية:

١) النظام السيمانتي للألفاظ Semantic System :

وهذا النظام يتعلق بمعاني الكلمات ودلالاتها وتطورها.

٢) النظام التركيبي Syntactic System :

وهذا النظام يتعلق في بناء الجمل وترتيب كلمات الجملة في أشكالها وعلاقاتها الصحيحة، مع قواعد الإعراب.

٣) النظام المورفولوجي (الصرفي) Morphologic System :

وهذا النظام يتعلق بالتغيرات التي تطرأ على مصادر الكلمات من الناحية الصرفية.

٤) النظام الصوتي Phonologic System :

المتعلق بالأصوات الكلامية وبالأصوات الخاصة بالاستخدام اللغوي.

كما أن (بالجز) يعرف الكلام بأنه الفعل الحركي (Motor act) وهو يتطلب التنسيق بين عدة عمليات (هي التنفس، وإخراج الأصوات ورنين الصوت (Resonance) ونطق الأحرف وتشكيلها Articulation .

اشكال اللغة:

عادة يقسم علماء اللغة "اللغة لدى الإنسان" إلى الشكلين التاليين:

١- **اللغة الغير مقطعية:** وهي تتكون من أصوات بسيطة غير متطعية أو من حركات أو إيماءات كإيماءات الوجه، أو تعبيرات الوجه أثناء الحديث، أو التكشيرات أو غير ذلك من لغات مثل لغة العيون ولغة الآذان ولغة الحركة ولغة الشم ولغة الانفعالات.

وتظهر أهمية اللغة الغير مقطعية لدى الطفل الصغير قبل عمر السنتين وتصبح هذه اللغة مكملة لدى الراشد للغة الكلام وبقدر ماتكون اللغة المقطعية هامة في عملية النمو العقلي والوجداني والاجتماعي لدى الفرد بقدر ماتكون اللغة الغير مقطعية هي الدليل لدى الراشد على التخلف وعدم النضج (وعلى النكوص).

٢- **لغة مقطعية:** وهي عبارة عن كلمات أو جمل أو عبارات ذات مدلول ومعنى متعارف عليه من قبل أفراد الجماعة أو أفراد النوع، وهي ثابتة نسبياً كما في اللغة البشرية والكلام البشري.

ومـايميـز الإنسـان الراشـد السـوي هي تمكنه من اللغـة المقطعـيـة بالدرجـة الأولى "بالإضافة إلي وجود اللغة الغير مقطعية لديه" ولكن هذه اللغة الغير مقطعية لاتعتبر لغة بالمعنى العلمي الصحيح إلا إذا أثارت لدى الآخرين نفس المدلول أو نفس المعنى ولايحصل ذلك إلا ضمن جماعات متقاربة وقليلة وهذا الأمر يختلف في حالة الصغار من الأطفال عنه لدى الكبار.

ويتضمن الاداء الوظيفي اللغوي في شكله العادي جانبين:

الأول: هو قدرة الفرد على فهم واستيعاب التواصل المنطوق من جانب الآخرين.

الثاني: يتمثل في قدرة الفرد على التعبير عن نفسه بطريقة مفهومة وفعالة في تواصله مع الآخرين.

نظريات اللغة

١- نظرية الحاجة للتعبير:

وهي النظرية التي ترى بأن أصل اللغة يرجع إلى الحاجة التلقائية للتعبير، وهذه الحاجة أدت إلى تطور الأصوات حتى تتميز حسب الحاجات، إلى أن أصبحت هذه الأصوات تأخذ شكل اللغة الحالية.

٢- نظرية الكلمة الصوتية:

وهي التي ترى بأن الكلمات في الأصل كانت تستخدم لتعيين أصوات معينة أو الإشارة إليها، حيث أن هناك شيء من التطابق بين الصوت والكلمة، مثلاً نجد الطفل ولغته التلقائية فهو يستخدم كلمة (كوكو) لتعيين العصفور أو الطائر، وكلمة (بُمْ بُمْ) لتعيين الأصوات القوية أو المزعجة، ويلاحظ هناك نوع من التطابق بين لفظ (بُمْ) الذي يشير إلى القوة وإلى الصوت المزعج القوي: وتسمى هذه النظرية بنظرية الكلمة الصوتية.

٣- نظرية البنية الإدراكية البصرية للكلمة:

وهي التي توصل إليها عالم النفس الجشتلطي الألماني (كوهلر Kohler) عام ١٩٢٥ واستخلصها من تجاربه التي أوضحت أن الترابط بين البنية الإدراكية البصرية للشكل وبين شكل الكلمات وسماعها هو الذي جعل الأفراد يميزون بين الكلمات والأشكال، ويرى البعض أن يوجد ذلك في كل لغة رمزية سمعية إلا أن هذه الرمزية ليست فطرية.

٤- نظرية الأصل البنائي للغة:

وهذه النظرية ترى بأن اللغة والكلمات هي تمثل مرحلة وسط بين الأعضاء المكونة لكل اللغات ووظيفتها العضوية وبين الأصوات والمفردات والجمل التي تعتمد على تنظيم الكلمات حسب القواعد النحوية.

أما العالم السويسري التربوي (چان بياچيه) فهو يشير في كتابه عن (اللغة والتفكير لدى الطفل) بأن أصل اللغة يرجع إلى وجود علاقة طبيعية بين اللغة والفكر، ولأن فكر الطفل لايمكن أن ينمو ويكون إلا بما يمكن أن يعبر عنه بالكلمات، أو اللغة بصفة عامة، فغياب اللغة تجعل القدرة الفكرية محدودة.

كما تجعل النمو العقلي محدوداً، وبياچيه يرى أن اللغة هي التي تكشف عن الفكر واللغة هي تعبير مثالي عنه، وأن الأسس أو البني اللغوية كالقدرة على التعبير تعبر وتترجم عن آليات الذكاء، وقد ميز بياچيه من خلال ملاحظاته في دور الحضانة بين شكلين من اللغة يعبران عن منشأ اللغة لدى الإنسان:

(١) اللغة المتمركزة حول الذات.

(٢) اللغة الاجتماعية.

أما اللغة المتمركزة حول الذات فهي تظهر من خلال ثلاث فعاليات هي:

١- إعادة الكلام أو اجترارة أو مايسمى بحركية الكلام Echolalia :

ويعتبر بياچيه ذلك من مخلفات مرحلة المناغاة الأولى، فالطفل يتكلم ويردد الكلمات لا لهدف إلا لأنه يجد لذة في عملية الترديد الكلامي فهو يتكلم لأمه دون أن يطلب شيئاً وهذه عبارة عن تعبيرات ليس لها معنى.

٢- اللغة الذاتية Monolanguage :

وهنا نجد الطفل يتكلم مع نفسه ويصاحب ذلك تعبيراته الحركية والجسمية التي تعزز الفعل وتبرز معناه، وقد تكون هذه الحركات اعتباطية، وقد تحل محل تعبيراته، ويلاحظ ذلك في المرحلة التي سماها چان بياچيه بالمرحلة (الحسية الحركية) حيث تكون الحركة هي السائدة لدى الطفل. وفي مرحلة أقل من ثلاث سنوات تكون اللغة لدى الطفل متمركزة حول ذاته، والطفل حتى وإن تعدى هذه المرحلة يبقى اتصاله مع الآخرين يأخذ

طابعاً غير اتصالي، فالمحادثة تقع دون أن يميز الطفلين إذا تحادثا إلى بعض من منهم يجب أن يستمع إلى الآخر (حتى عمر خمس سنوات) ولايهم فهم كل منهم من قبل الآخر أم لا، ولكن الظاهر أن هناك نوع من الاتصال الاجتماعي. ويرى بياچيه أن أصل اللغة الذاتية قبل اللغة الاجتماعية، وهذه ضرورة حتمية لمراحل تطور ونشوء الطفل.

٣- اللغة الاجتماعية:

يلاحظ فيها توجيه الطفل إلى المستمع مثيرات أو معلومات واضحة، قصد توصيلها مع الاهتمام بإطارها ومدلولها، وحتى عمر السابعة يمكن القول بأن الطفل ينمو إلى لامركزية اللغة، ويستطيع بعدها أن يؤمن الاتصال مع الآخرين بشكل واضح وهادف.

ويؤكد بياچيه من خلال بحوثه على نقطة هامة مؤداها أن اللغة ليست هي التي تعطي بنية الفكر وشكله المنطقي، بل أن الفكر هو الذي يقود اللغة، وهو الذي يمد الفرد باللغة، ولذلك فإن التطور الفكري شرط أساسي لظهور اللغة، ولنمو علاقات الطفل واتصالاته الاجتماعية، كما يرى بياچيه أن للرمزية لدى الطفل دوراً في اكتسابه اللغة، فهي تساعده من أجل قيام علاقة مع الشيء والشكل اللغوي الذي يصاحب اسم الشيء. فعندما يبكي الطفل لأنه جائع يدرك بأن أمه سوف تأتي له بزجاجة الرضاعة فهو يلمس ويتحسس هذه الزجاجة ويتذوق الحليب، في الوقت نفسه يسمع كلام أمه وتعبيراتها، وأثناء ذلك تقول الأم (أنت جائع اشرب حليباً) مع شيء من العطف والحنان، لذلك فهو يدرك إيجابية الموقف وشيئاً فشيئاً يدرك العلاقة بين الفعل والشيء والكلمة، وهكذا يستطيع أن يفهم وأن يتمثل الأشياء ورموزها، وهي (أي الأم) تساعده على إقامة العلاقة بين الشيء وتمثيله الحسي السمعي، وكلما زاد تقرب الطفل من الأشياء كلما زاد رصيده اللغوي. وكلما شعر الطفل بلذة وفائدة اللغة على هذا النحو يلخص لنا بياچيه بأن أصل اللغة مقروناً بالفكر لدى الإنسان، كما أن اللغة الذاتية تسبق اللغة الاجتماعية من حيث النشوء والارتقاء.

خصائص اللغة:

تتميز اللغة البشرية بعدة خصائص عن غيرها من وسائل الاتصال الأخرى:

من الناحية الصوتية:

تتميز اللغة البشرية بالقدرة الهائلة على التشكل، ففي كل لغة يوجد الآلاف من الكلمات المختلفة التي تتشكل من عدد صغير من الأصوات المفردة Phonems وهي نطقاً للحروف الساكنة والحروف المتحركة والحركات الهجائية وتسمى هذه الخاصية خاصية الازدواجية في التشكيل.

من حيث الدلالة:

يعتبر الإنسان هو الكائن الوحيد الذي يستطيع أن يتعامل مع الأشياء التي ليس لها وجود إلا على مستوى التخيل وبمعنى اخر تلك التي لاتشكل جزءاً من موقف معين راهن (أي القدرة على استحضار الأشياء في غير وجودها) فالرموز في اللغة البشرية لاتقتصر في دلالاتها على مجرد الإشارة لما هو موجود هنا والآن بل يتعدى ذلك إلى ماليس له هذا الوجود الواقعي.

وإلى جانب قدرة الإنسان على استخدام رموز لغوية للتعبير عن الأشياء والأحداث البعيدة عنه زماناً ومكاناً ويستطيع كذلك أن يستخدم الرموز اللغوية للتعبير عن الأحداث البعيدة عن الحقائق الواقعة، أي تلك التي لاتعدو عن كونها مجرد افتراضات أو احتمالات التي يتضمنها المستقبل، فاللغة البشرية لاترمز فقط للواقع بل ترمز أيضاً للممكن، فتعبر اللغة عن (الماضي، الغائب، الممكن).

كما تتميز اللغة بجانب خاصية المرونة بخاصية الانعكاس فيمكن للغة أن تتحدث عن نفسها ، عن قواعد اللغة، خصائص اللغة، البلاغة في التعبير، والتعبير عن المجردات، فالتعبير باللغة عن اللغة هو نوع من التعبير عن الرموز بالرموز وهو أحد أوجه التفكير المجرد.

من حيث التركيبات اللغوية:

يتناول هذا الجانب في علوم اللغة القواعد اللغوية. فاللغة البشرية وحدها لايمكن أن تقوم بصياغة عدد من الوحدات الكلامية، في تركيبات ذات دلالة هي الجمل والعبارات المختلفة. ولهذه التركيبات قواعد وأصول تتبعها أساس لنقل المعنى المقصود.

وإلى جانب القدرة على تعلم معاني الكلمات فإن الإنسان يستطيع أيضاً أن يقوم

بعمل صيغ لاتنقل فقط المعنى المباشر بل تنقل كذلك المعنى الضمني غير المباشر (كقولنا فلان كثير الرماد).

من الناحية الوظيفية:

يشير هذا الجانب إلى أن المعاني التي تحملها هذه الرموز (الأشياء والمفاهيم التي تشير إليها) يحددها المجتمع الذي يتكلم بها أبناءه.

بل أن الموقف الذي يستخدم فيه التعبير اللغوي يكون له دخل أيضاً في اختلاف المعنى. ومن الأمور المتفق عليها في تعريف اللغة أنها أصوات يعبر بها كل قوم عن أغراضهم وللغة ثلاث جوانب:

الجانب الأول: اللغة المنطوقة ووسيلتها الأصوات.

الجانب الثاني: اللغة المكتوبة ووسيلتها الحروف والكلمات.

الجانب الثالث: اللغة الصامتة ووسيلتها الإشارات والرسوم.

وتعتبر اللغة المنطوقة لغة الحديث والتخاطب من حيث أدائها لوظيفة الاتصال ذات أهمية كبيرة لاتساع وانتشار استخدامها والكلمات السوية الصحيحة تكون سهلة على اللسان مقبولة في الأذن، لها معنى متعارف عليه علي مستوى صيغة ما.

وقد ذكر ابن خلدون (أن السمع أبو الكلمات اللسانية).

وللغة وظائف عديدة أهمها:

١- **الوظيفة الوسيلية:** تتيح اللغة الفرصة لمستخدميها منذ طفولتهم المبكرة أن يشبعوا حاجاتهم وأن يعبروا عن رغباتهم.

٢- **الوظيفة التنظيمية:** يستطيع الفرد من خلال اللغة أن يتحكم في سلوك الآخرين من خلال طلب أو أمر تنفيذ المطالب أو النهي عن أداء بعض الأفعال.

٣- **الوظيفة التفاعلية:** يستخدم الفرد اللغة للتفاعل مع الآخرين في المناسبات الاجتماعية المختلفة.

٤- **الوظيفة الشخصية:** يستطيع الفرد أن يعبر من خلال اللغة عن مشاعره واتجاهاته وآرائه نحو موضوعات كثيرة، وعلى هذا ويثبت هويته وكيانه الشخصي. ومن هنا فإن

الوظيفة الرئيسية للغة هي نقل الخبرة الإنسانية والتعبير عن الفكر واكتساب المعرفة فهي تخدم أغراضاً ثلاثة هي:

* أنها وسيلة للتفاهم.
* أنها أداة صناعية تساعد على التفكير.
* أنها أداة لتسجيل الأفكار والرجوع إليها.

٥- **الوظيفة الاستكشافية:** يستخدم الفرد اللغة لاستكشاف وفهم البيئة التي يعيش فيها، فيسأل عن الجوانب التي لايعرفها في بيئته حتى يستكمل النقص في معلوماته.

٦- **الوظيفة التخيلية:** تسمح اللغة للفرد بالهروب من الواقع عن طريق عالم من صنعه، تتمثل فيما ينتجه من أشعار تعكس انفعالاته وتجاربه كما يستخدمها الفرد للترويح أو لشحذ الهمة والتغلب على صعوبة العمل.

٧- **الوظيفة الإخبارية:** من خلال اللغة ينقل الفرد معلومات جديدة ومتنوعة إلى الآخرين كما يستطيع أن ينقل المعلومات والخبرات إلى الأجيال المتعاقبة وإلى مختلف أنحاء العالم خاصة بعد استخدام الوسائل التكنولوجية المتقدمة، ويمكن أن تمتد هذه الوظيفة لتصبح وظيفة تأثيرية إقناعية.

٨- **الوظيفة الرمزية:** تستخدم اللغة لتشير إلى الموجودات في العالم الخارجي. ويقصر بعض الباحثين وظيفة اللغة الأساسية على التواصل، وعندما بدأت السلوكية التوسيطية في الارتقاء، قدم "شانون" النظرية الرياضية للتواصل باعتبار اللغة كسلوك اتصالي.

وتعتبر وظيفة اللغة الأساسية (التواصل) وله ثلاثة عناصر هي:

* متحدث أو مرسل.
* مستمع أو مستقبل.
* نظام إشاري أو لغة مشتركة يتكلمها المرسل والمستقبل.

نظريات في تفسير اكتساب اللغة:

هناك ثلاث نظريات رئيسية تحاول كل منها تفسير عملية اكتساب اللغة، وتعتبر بمثابة المرجع للتفسيرات المختلفة. وسنحاول فيما يلي عرض موجز لكل نظرية:

نظرية التعلم: (سكنر Skinner)

يرى سكنر أن السلوك اللغوي كأي سلوك آخر نتاج لعملية تدعيم إجرائي، حيث يقوم المحيطون بالطفل بتدعيم بعض "اللعب الكلامي" الذي يصدر عن الطفل بالابتسام له أو باحتضانه، أو بإصدار أصوات تدل على رضاهم، وحين يهملون بعض الأصوات التي يخرجها الطفل. هذا النوع من التدعيم الفارق (أي تدعيم إصدار مقاطع أو الفاظ معينة دون أخرى) يزيد من احتمال صدور مثل هذه الألفاظ كما يعمل على اختفاء تلك التي لاتنال تدعيماً.

وتعتبر الأصوات التي يصدرها الطفل في البداية، استجابات تقع ضمن الحصيلة السلوكية الأولية للطفل. ثم تدعيم بعض هذه الأصوات فيما بعد عندما يدرك الآباء أنها عناصر من لغتهم. ومع تقدم الطفل في السن يدرك الكلمات والجمل التي ينطق بها الكبار. ويحاول الطفل أن يقلد هذه الكلمات والجمل، وباستمرار عملية التدعيم التي تتمثل عادة في استجابة الفهم من الكبار عند استخدام الطفل اللفظ استخداماً صحيحاً. يكتسب الطفل المفردات، ويكتسب أيضاً مفهوماً عن التركيبات اللغوية الصحيحة.

وبالرغم من أن تدعيم مايصدره الطفل من الفاظ يلعب دوراً هاماً في تعلم الكلمات إلا أنه وجه نقد لهذه النظرية يتلخص في أن هذه النظرية تعتمد على تقليد وملاحظة كلام الكبار. ولانستطيع أن نعلل وجود الكثير من الكلمات التي تصدر عن الطفل ولانظير لها لدى الكبار.

النظرية اللغوية:

قدم (تشومسكي Chomsky) نظريته اللغوية، التي يفترض فيها وجود ميكانيزمات للصياغة اللغوية، فيولد الأطفال ولديهم نماذج للتركيب اللغوي تمكنهم من تحديد القواعد النحوية في أية لغة، فهناك عموميات في التركيبات اللغوية تشترك فيها جميع اللغات، كتركيب الجمل من أسماء وأفعال، هذه العموميات هي التي تتشكل منها النماذج الأولية، بمعنى أن الطفل لايتعلمها بل هي تمثل لديه قدرة أولية على تحليل الجمل التي يسمعها، ثم إعادة تركيب القواعد النحوية للغته الأم، هذه القدرة تمكن الطفل من تكوين جمل لم يسمعها قط من قبل.

وقـد لاقت هذه النظرية بدورها انتـقـاداً في الفـشل لاكـتـشـاف عـدد قليل من العموميات في التركيب اللغوي بين اللغات المختلفة.

النظرية المعرفية: المرتبطة بأعمال بياجيه Piaget

تعتبر نمو الكفاءة اللغوية كنتيجة للتفاعل بين الطفل وبيئته، هي القضية الأساسية في النظرية المعرفية التي يعتبر بياجيه الممثل لها.

ويرى بياجيه أن اكتساب اللغة ليست عملية إشراطية بقدر ماهو وظيفة إبداعية، وبالرغم من أن اكتساب التسمية المبكرة للأشياء والأفعال، قد تكون نتيجة للتقليد والتدعيم، إلا أن بياجيه يفرق مابين الكفاءة والأداء. فالأداء في صورة التركيبات التي لم يسيطر عليها الطفل بعد، يمكن أن تنشأ نتيجة للتقليد إلا أن الكفاءة لاتكتسب إلا بناءً على تنظيمات داخلية، تبدأ أولية، ثم يعاد تنظيمها بناءً على تفاعل الطفل مع البيئة الخارجية. شأن اللغة في ذلك شأن أي سلوك آخر يكتسبه الطفل تبعاً لنظرية بياجيه المعرفية، هنا يعني بياجيه وجود استعداد للتعامل مع الرموز اللغوية التي تعبر عن مفاهيم تنشأ من خلال تفاعل الطفل مع البيئة منذ المرحلة الأولى وهي (الحسية الحركية) كما أشرنا سابقاً عند الكلام عن نظرية الأصل البنائي للغة.

النمو اللغوي

يمتد بنا الإطار العام للركائز الأساسية للنمو اللغوي إلى حوالي سن دخول المدرسة ففي سن الخامسة أو السادسة يكون معظم الأطفال عادة قد اكتسبوا القواعد الرئيسية في اللغة. ومع ذلك تستمر الثروة اللفظية عند الأطفال في النمو، وتكون في نموها عرضة لكثير من المؤثرات كالذكاء ومدى توفر الفرص التعليمية ... الخ.

ويتضمن الجدول التالي عرضاً مختصراً للمراحل المختلفة للنمو اللغوي عند الأطفال والأطر العامة الأساسية لهذا المظهر النمائي:

جدول رقم (١) يبين مراحل النمو اللغوي عند الأطفال

العمر الزمني	خصائـــص اللغـــة
من الميلاد - ٨ شهور	فترة ماقبل اللغة - نمو وعي الطفل وإدراكه للعالم المحيط به دون أن يفهم الكلمات أو يصدرها على مستوى رمزي.
من ٩ - ١١ شهراً	الفترة الانتقالية، يبدأ الطفل في فهم معاني بعض الكلمات.
من ١١ - ١٢ شهراً	مرحلة اللغة ، ينطق الطفل الكلمات الحقيقية الأولى .
من ١٢ - ١٨ شهراً	تزايد في الثروة اللفظية .
من ١٨ - ٢٤ شهراً	تركيبات من كلمتين - تنوع أكبر في المعاني والعلاقات بين الألفاظ - نمو سريع في الثروة اللفظية - تفهم متزايد لما يقوله الآخرين .
من ٢ - ٣ سنوات	تركيبات لجمل مكونة من ثلاث كلمات - استمرار في نمو الثروة اللفظية - تركيبات لجمل متزايدة في الصعوبة - بداية استخدام علامات التشكيل والصرف .
من ٤ - ٥ سنوات	زيادة في طول الجملة ودرجة تعقيدها - عدد أقل من الأخطاء في قواعد اللغة - استمرار نمو الثروة اللفظية .
٦ سنوات	استخدام جمل أطول وأكثر تعقيداً مع عدد أقل من أخطاء قواعد اللغة - فهم واستخدام معظم القواعد اللغوية الأساسية - الاستمرار في نمو الثروة اللفظية.

يبدأ معظم الأطفال عادة في استيعاب معاني عدد محدود من الكلمات عندما يبلغون الشهر التاسع من العمر تقريباً، كما يبدأون في نطق الكلمات الحقيقية الأولى في حوالي الشهر الحادي عشر أو الثاني عشر تظل قدرة الأطفال على التعبير عن أنفسهم لعدة شهور بعد ذلك قاصرة على كلمة واحدة ويطلق على هذه المرحلة عادة Holophrasic Stage للإشارة إلى أن الطفل يعبر عن فكرة كاملة من خلال كلمة واحدة. فنجد الطفل في هذه المرحلة يقول-على سبيل المثال-كلمة "ماما" تعبيراً عن معنى متكامل ربما يكون "ماما، أنا جائع" وفي حوالي السنة والنصف من العمر يبدأ معظم الأطفال في إصدار تركيبات من جمل تحتوي على كلمتين يكون فيها ترتيب الكلمة ذا أهمية بالنسبة للمعنى.

يعبر الأطفال فيما بين السنة والنصف والسنتين من العمر عن كثير من المعاني المختلفة والعلاقات بين الألفاظ على الرغم من أن طول الجملة يكون قاصراً على كلمتين. أما الأطفال في سن سنتين إلى ثلاث سنوات فيزيدون من طول الجملة ودرجة تعقيدها. غالباً ماتكون الجمل التي يستخدمها الأطفال في سن سنتين ذات صياغة تلغرافية، بمعنى أنها تتضمن فقط الكلمات ذات المحتوى الدال والهام بالنسبة للمعنى مثل (بابا، شغل) وفي حوالي سن الثالثة تكون جمل الأطفال أكثر تعقيداً من ناحية القواعد، كما أنها تكون أكثر اكتمالاً من ناحية المعنى. ومن الشائع أيضاً في هذه المرحلة وقوع الأطفال في كثير من الأخطاء في قواعد اللغة.

تكون لدى الأطفال في سن الرابعة والخامسة ثروة لفظية أوسع، وتحتوي الجمل التي يستخدمونها علي عدد أقل من الأخطاء في القواعد، ومن الشائع أن يواجه الأطفال في هذه السن صعوبة في الصيغ غير المعتادة من اللغة، وفي حوالي سن السادسة يكون معظم الأطفال قادرين على التعبير اللفظي عن أفكارهم بصورة أكثر فعالية مستخدمين جملاً أطول وأكثر تعقيداً، مع عدد قليل من أخطاء القواعد اللغوية.

علينا أن نتذكر دائماً أن المراحل السابقة تعتبر اتجاهات نمائية عامة، وأن الأطفال كأفراد يظهرون قدراً كبيراً من التباين فيما بينهم في نمو اللغة، يؤكد علماء سيكلوچية النمو أن تتابع النمو اللغوي يكون ثابتاً إلى حد كبير بين الأطفال، على الرغم من أن معدلات النمو قد تختلف من طفل إلى آخر.

العوامل التي تؤثر في النمو اللغوي لدى الأطفال

(١) الفروق الفردية في اكتساب اللغة:

هناك مايؤكد أن المراحل التي يمر بها الطفل في تعلم اللغة واحدة بالنسبة لجميع الأطفال في العالم. وأن السن التي يبدأ فيها الطفل اللعب الكلامي، وكذلك السن التي يكتسب فيها الكلمة الأولى، لاتتغير كثيراً من ثقافة إلى أخرى بشكل عام. ومع ذلك فقد اتضح أن هناك فروقاً بين فئات الأطفال، يرجع بعضها إلى فروق في المعاملة أو في التكوين البيولوچي لكل من الجنسين، وبعضها الآخر إلى اختلاف بعض العوامل البيئية.

(٢) العمر الزمني:

تكون الوحدات الصوتية في الشهور الأولى تلقائية ولايمكن الاعتماد عليها لنقول أن هذا الطفل أفضل من ذاك من ناحية النمو اللغوي مستقبلاً، معنى ذلك أن من يبكر في المناغاة من الأطفال أو أكثرهم مناغاة لايكون بالضرورة أسبقهم إلى الكلام، حيث هناك عوامل أخرى تؤثر في النمو اللغوي، غير أنه كلما تقدم الطفل في السن كلما تقدم في تحصيله اللغوي نتيجة النضج والتعلم.

جدول رقم (٢) يبين العمر بالسنين مقابل عدد الكلمات

العمر بالسنين	عدد الكلمات
١ سنة	٣ كلمات
٢	٢٧٢
٣	٨٩٦
٤	١٥٤٠
٥	٢٠٧٢
٦	٢٥٦٢

(٣) الفروق بين الجنسين:

وجدت فروق في سرعة اكتساب اللغة بين الذكور والإناث لصالح الإناث، ويختلف العلماء في تفسير هذه الظاهرة، ويرتبط هذا الاختلاف بالإطار النظري الذي ينطلق منه كل منهم، فعلماء النفس البيولوجيون ينسبون هذه الفروق إلى عوامل بيولوجية، مثال ذلك أن المخ لدى الإناث ينضج في وقت مبكر عنه عند الذكور، وخاصة فيما يتعلق بتمركز وظيفة الكلام في الفص المسيطر على هذه الوظيفة، ذلك أن النضج اللحائي في هذه الحالة يساعد على الإسراع في إخراج الأصوات وكذلك على معدل اكتساب اللغة.

في حين نجد أن علماء النفس الاجتماعيين ينسبونها إلى فروق في الظروف

الاجتماعية التي تتلخص في أشكال التفاعل اللغوي بين الأم وأطفالها.

كما أثبتت بعض الدراسات الحديثة التي أجريت على النمو اللغوي عند الأطفال الرضع أن الإناث يصدرن أصواتاً أكثر تنوعاً من أصوات الذكور كما تسبق الأنثى الذكر في النطق بالكلمة الأولى، وتستمر تفوقها في المحصول اللغوي على الذكر من نفس سنها، ولكن يقل وضوح هذه الفروق مع تقدم العمر.

(٤) العمر العقلي:

يرتبط التأخر اللغوي الحاد ارتباطاً كبيراً بالضعف العقلي، حيث يصعب على الطفل إدراك العلاقات والمعاني المختلفة، بينما يكون الطفل ذون القدرة العقلية العالية أقدر على الملاحظة وفهم المعاني وإدراك العلاقات والفروق، ولهذا نلاحظ أن نسبة كبيرة من اختبارات الذكاء لفظية تعتمد اعتماداً كبيراً على الحصيلة اللغوية للمفحوص.

(٥) البيئة الاقتصادية والاجتماعية:

يحتاج النمو اللغوي شأنه شأن عملية النمو بشكل عام إلى حد أدنى من الظروف البيئية الملائمة كي يتم بشكل سوي، فإذا لم تتوفر تلك الظروف في الفترة الحرجة بالنسبة لذلك النمو فقد لايتم النمو بالمرة، ويوجد العديد من الأمثلة لحالات من الأطفال حيل بينهم وبين أي تواصل لعدة سنوات وجد أنهم قد أصبحوا بدون لغة على الإطلاق ومعنى ذلك أن الاستعداد البيولوجي وإن كان شرطاً لازماً للنمو اللغوي إلا أنه غير كاف لضمان ذلك النمو في حالة غياب البيئة اللغوية.

والواقع أن تأثير الظروف البيئية أمر معقد والدراسات التي تتصل بهذا الموضوع قامت على أساس المقارنة بين الطبقات (الطبقة الدنيا في مقابل الطبقة المتوسطة) أو بين الأجناس المختلفة (السود في مقابل البيض في أمريكا) على اعتبار أن البيئة اللغوية في كل طرف من هذا التقابل تختلف عنها في الطرف الآخر، ممايُنسب إلى المستوى الاقتصادي الاجتماعي.

فالأسر ذات المستوى الاقتصادي المرتفع يتكلمون أسرع وأدق وأقوى من أطفال البيئات ذات المستوى الاقتصادي المنخفض، ولاشك أن إمكانيات أسرة الطفل في البيئة الاقتصادية الغنية تيسر له الحصول على الكتب والمجلات المصورة كما تتيح له فرصة

الرحلات والمصايف والأندية والمعسكرات وغير ذلك من أجهزة إذاعة وتليفزيون وخلافة يساعد على النمو اللغوي بينما يتعذر ذلك على أطفال البيئات الفقيرة.

كما يظهر الأثر بصورة أوضح في المستوى الاجتماعي، حيث نجد أن أبناء الأسر المتعلمة يكونون أسرع من سواهم وأقدر على استخدام اللغة إذ أن المتعلمين غالباً مايكونون مزودين بحصيلة أكبر من المفردات اللغوية، كما يكونون قادرين على تكوين عادات لغوية صحيحة، وقد أثبتت الدراسات أن الأطفال المتأخرين في النطق والكلام ينتمون في العادة إلى أسر أقل حظاً من الثقافة والتعليم.

(٦) الحالة الصحية:

ولو أن للصحة العامة أثرها على الناحية المزاجية للطفل واستعداده لتعلم اللغة إلا أن وجود عيوب بصرية أو سمعية أو حسية أو أي نقص في إحدى هذه الحواس أو مايسميه علماء النفس (بالعتبات الحسية المنخفضة) يكون له أثره الواضح على تقدم الطفل اللغوي، بل قد لوحظ اختلاف نوعية اللغة لضعيف البصر عنها لضعيف السمع، فبينما يميل ضعيف البصر إلى الأسئلة الكثيرة يميل ضعيف السمع إلى الإيجاز الشديد حتى لايكشف الحوار الطويل عن عاهته. وهذا يوضح لنا أيضاً فقدان النطق في حالة الصمم التام، فالطفل العادي عندما ينجح في إصدار صوت معين يلذ له أن يكرره ويسمع نفسه، ثم يدرك العلاقة بين هذا الصوت وأثره الخارجي عن طريق الكبار. أما الطفل الأصم فهو لايسمع نفسه كما لايسمع غيره، فلا حاجة به إلى أي صوت ينطق به. وبعض الأمراض وخاصة تلك التي تستمر لفترة طويلة تؤثر تأثيراً واضحاً علي النمو اللغوي، ومن أهم الأمراض التي ثبت وجود علاقة بينها وبين النمو اللغوي عامة وبين الكثير من عيوب النطق والكلام (مرض شلل الأطفال) وذلك لضعف عملية الاستكشاف لعدم الحركة واتساع مجال الإدراك.

يبدو إذن أن الاختلافات في الظروف البيئية قد تؤدي إلى تأخر اكتساب اللغة فقط عندما يقع الطفل تحت ظروف حرمان شديدة، كأن يعزل عن التواصل اللغوي كلية، أو عندما يعاني من نقص عقلي يرجع إلى عوامل وراثية أو عوامل خاصة بالتغذية، أو عندما يتعرض الطفل لإصابات تعطل عملية النضج والنمو، ولكن إذا ماتعرض الطفل لبيئة لغوية محدودة نسبياً وتتجاوز الظروف السابق ذكرها، فإنه يستطيع أن يصل إلى أقصى حد من

المادة المتاحة لتوظيف الاستعداد الطبيعي في اكتساب اللغة.

الكلام Speech

يعرف الكلام على أنه "الفعل الحركي Motor act أو العملية التي يتم من خلالها استقبال الرموز الصوتية وإصدار هذه الرموز" وهذا يعني أن الكلام عبارة عن الإدراك الصوتي للغة والتعبير من خلالها أو إصدارها، ونظراً لأن الكلام هو فعل حركي فإنه يتضمن التنسيق بين أربع عمليات رئيسية هي:

(١) التنفس Respiration : أي العملية التي تؤدي إلى توفير التيار الهوائي اللازم للنطق (زفير)

(٢) إخراج الأصوات Phonation : أي إخراج الصوت بواسطة الحنجرة والأحبال الصوتية Vocalcords .

(٣) رنين الصوت Resonance : أي استجابة التذبذب في سقف الحلق المليء بالهواء، وحركة الثنيات الصوتية ممايودي إلى تغيير نوع الموجة الصوتية.

(٤) نطق الحروف وتشكيلها Articulation : أي استخدام الشفاه واللسان والأسنان وسقف الحلق لإخراج الأصوات المحددة اللازمة للكلام، كما هو الحال في الحروف الساكنة والحروف المتحركة ... الخ.

ويتضمن الكلام أيضاً مدخلات من خلال القنوات الحسية المختلفة كالأجهزة البصرية والسمعية واللمسية عند محاولة تعديل أو تغيير الأصوات التي يصدرها الإنسان.

على أن كلاً من الكلام واللغة يتأثران بالبناء أو التركيب التشريحي للفرد، والأداء الوظيفي الفسيولوجي، والأداء العضلي-الحركي والقدرات المعرفية، والنضوج والتوافق الاجتماعي والسيكولوجي.

على أن الانحرافات والأشكال المختلفة من الشذوذ في أي من العوامل السابقة يمكن أن ينتج عنه اضطراب-على نحو أو آخر-في التواصل، قد يتضمن النطق، أو يتضمن اللغة أو قد يتضمن النطق واللغة معاً.

ويعتبر كثير من البيولوجيين "وظيفة الكلام" عبارة عن وظيفة بيولوجية تعمل ضمن وظيفة أساسية هي وظيفة التنفس وبعضهم يعتبر "النطق عبارة عن تنفس محوّر" ولقد تبين

للعلماء فيما بعد بأن أعضاد التنفس هي أعضاء الكلام، وأن الرئتين والبلعوم، والحنجرة والقصبة الهوائية، والحبال الصوتية، وتجاويف الفم والأنف ... الخ هي أعضاء تقوم بوظيفتي التنفس والكلام في نفس الوقت. ويذهب البعض إلى أن عملية التنفس الخالص في حد ذاتها يمكن أن تكون لها قيمة تعبيرية (أي لغة خاصة) حيث أن الشهيق والزفير يمكن أن يكونا عميقين أو سطحيين، سريعين، أو بطيئين، ويمكن أن يكون ذلك معبراً عن بعض الانفعالات والمشاعر التي تعودنا أن نشير إليها بألفاظنا مثل (آهات، حسرات، زفرات...)

على أن وظيفة اللغة والكلام تتأثر بالعديد من الوظائف العضوية المتكاملة للأعضاء التالية:

(١) أعضاء استقبال الصوت أو الكلمات:

وتقوم هذه الأعضاء بوظيفة استقبال المنبهات السمعية، أو البصرية ونقلها إلى المخ عبر مسالك سمعية بصرية، وذلك من أجل فهم وتفسير هذه الرسائل في المخ وتنظيم الإجابة الكلامية المناسبة، بمعنى آخر تمثل أعضاء الاستقبال مداخل اللغة، المتمثلة في حاسة السمع وفي رؤية الكلمات المكتوبة، وفي الخصائص الفيزيائية للصوت.

(الجهاز الكلامي) والذي يتضمن:

(٢) أعضاء التنفيذ ويمثل هذه الوظيفة:

١ - الحجاب الحاجز.

٢ - جهاز التنفس، الرئتان والقصبات الهوائية.

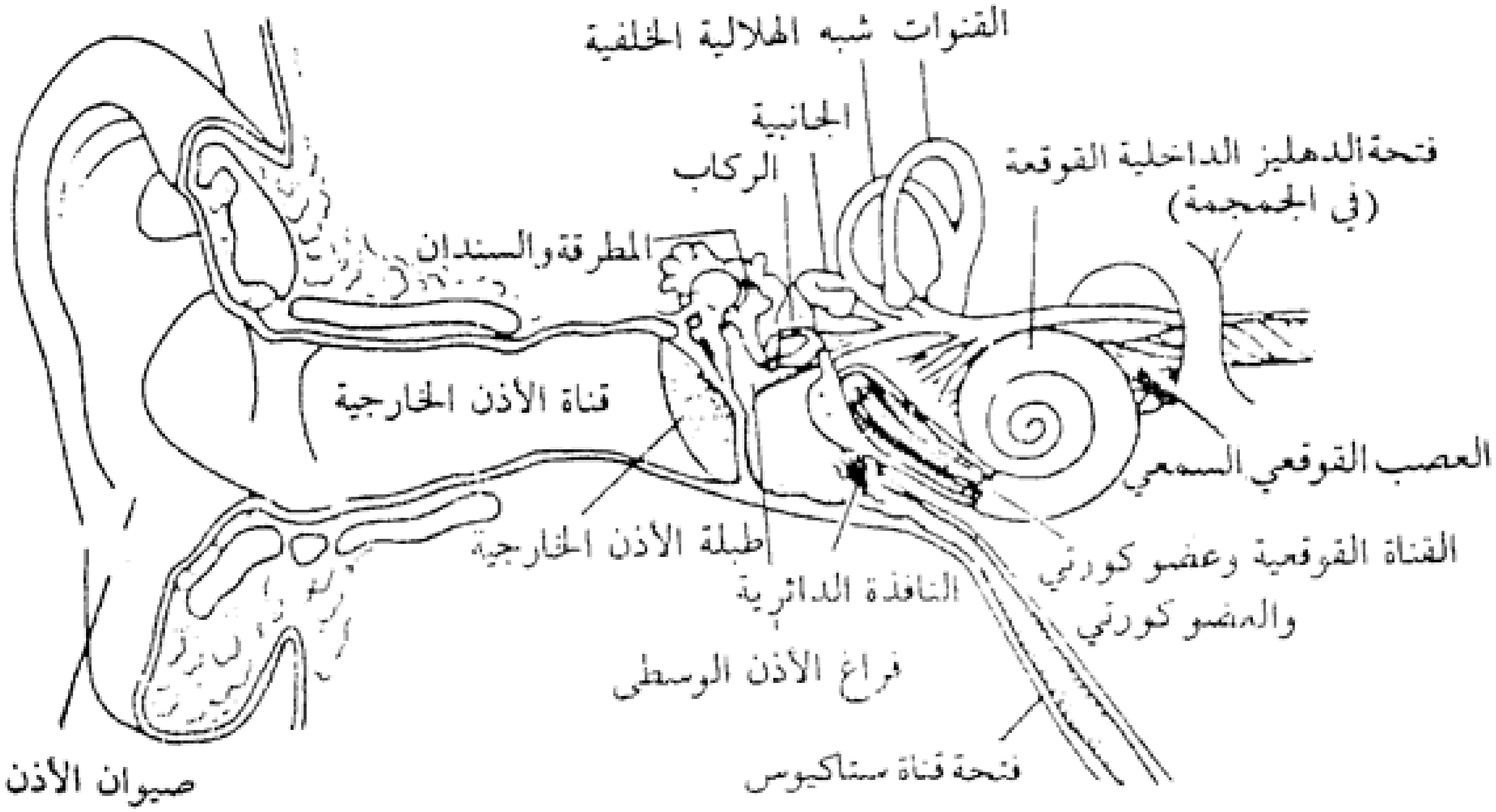
٣ - الحنجرة، والحبال الصوتية، والعضلات المحيطة بالحنجرة.

٤ - اللهاة.

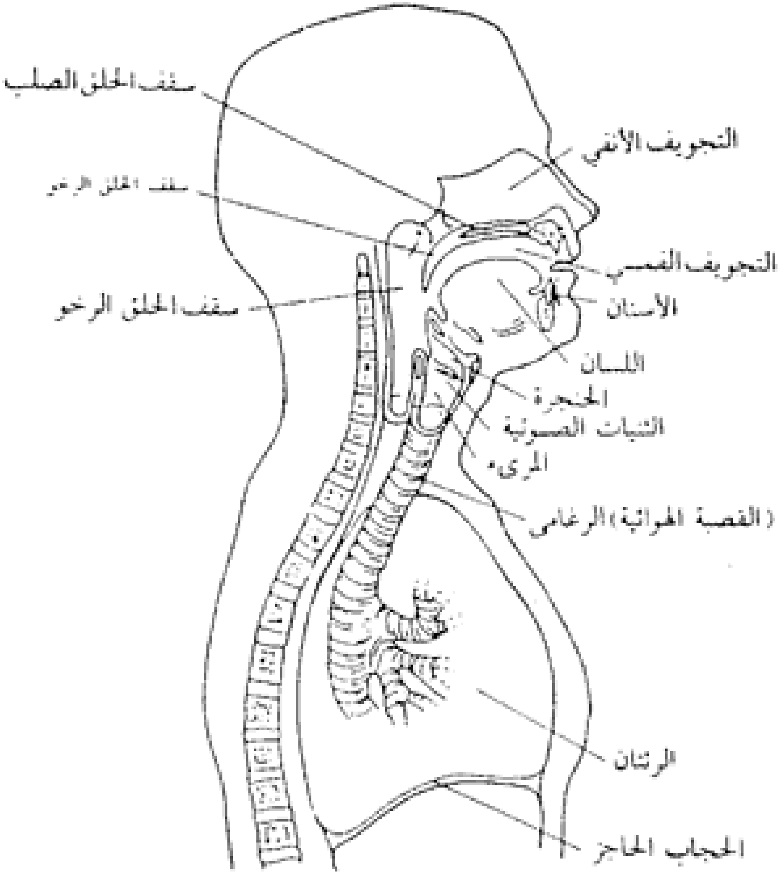
٥ - تجاويف الأنف، والفم، مع سقف الحلق الصلب والرخو.

٦ - اللسان والفكين والشفاة، والأسنان.

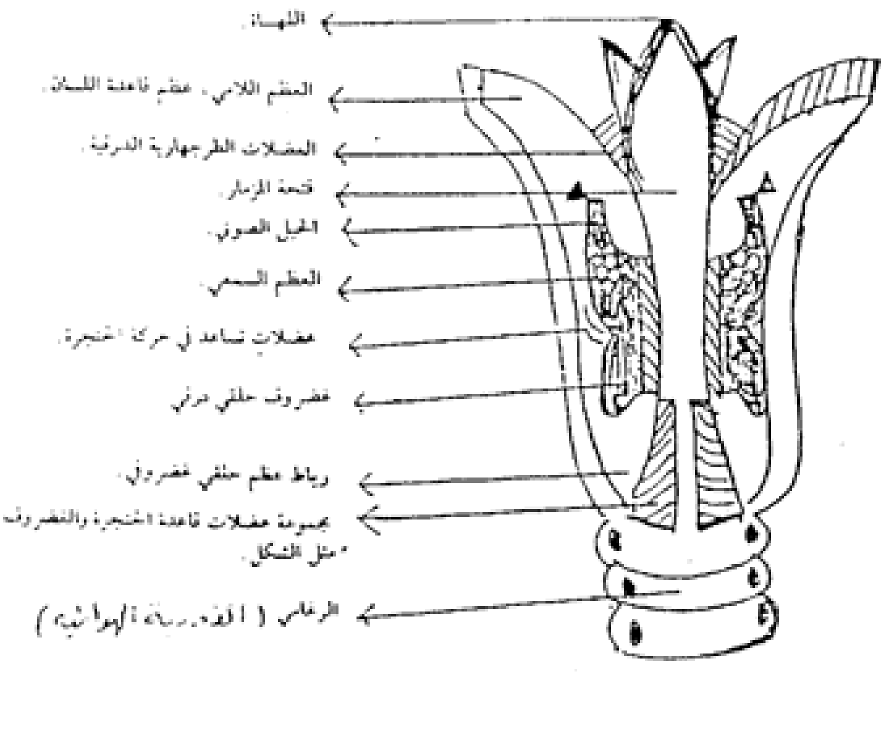
شكل رقم (١) التركيب التشريحي للأذن



شكل رقم (٢) الأعضاء الصوتية في الإنسان



شكل (٣) الحنجرة والحبال الصوتية



يتصل التجويف الزوري من أسفل، بالحنجرة أو بحجرة الصوت، وتسمى Larynx ويوجد الوتران الصوتيان داخل الحنجرة، وهما يمتدان في اتجاه أفقي من الخلف إلى الأمام، وبينهما مسافة يطلق عليها فتحة المزمار Glottis ويجب أن يتقارب الوتران الصوتيان لإحداث الاهتزازة اللازمة لتكوين الصوت، وليمكن أن يقاوما الهواء الخارج من القصبة الهوائية، وهذه المقاومة تزداد كلما كان الوتران أكثر التصاقاً، وحينذاك يكون الصوت الحادث قوياً رناناً، فإن كان أقل تلاصقاً خرج الصوت ضعيفاً، وينعدم اهتزاز الأوتار الصوتية أثناء التنفس، حيث تكون فتحة المزمار على أقصاها من الاتساع.

كيف تحدث الاستجابة الصوتية (الحروف المتحركة)

إن هواء الزفير هو المادة الخام التي تتحول بمرورها بين الوترين الصوتيين حين تقاربهما إلى صوت يخرج بسرعة على شكل موجات صوتية تتعدل وتتشكل في التجاويف الثلاثة التي يمكن تشبيهها بحجرة الرنين Resonance Chamber ويساهم في عملية التعديل والتشكيل الصوتي المشار إليها الحركات التي يقوم بها اللسان والشفاه وسقف الحلق.

إن اختلاف حركات اللسان يأخذ أشكالاً مختلفة من حرف إلى حرف آخر، فحركة اللسان عند نطق حرف (أ) مفتوحة غيرها عند نطق (أ) مكسورة، ذلك لأننا نجد اللسان في الحالة الأولى في مستوى أفقي أما في الحالة الثانية فيكون اللسان مقوساً، وبين هذين الوصفين تتكون الحروف المتحركة الأخرى وتقابل حركات اللسان حركات مقابلة للشفاه، فمن فتحة كاملة عند نطق الألف المفتوحة إلى استدارة يصاحبها بروز في الشفاة عند نطق الألف المضمومة، وتتخذ الشفاه أشكالاً أخرى يختلف بعضها عن بعض عند نطق الحروف المتحركة الأخرى، وهي أكثر عدداً في اللغات الأوربية.

الحروف الساكنة:

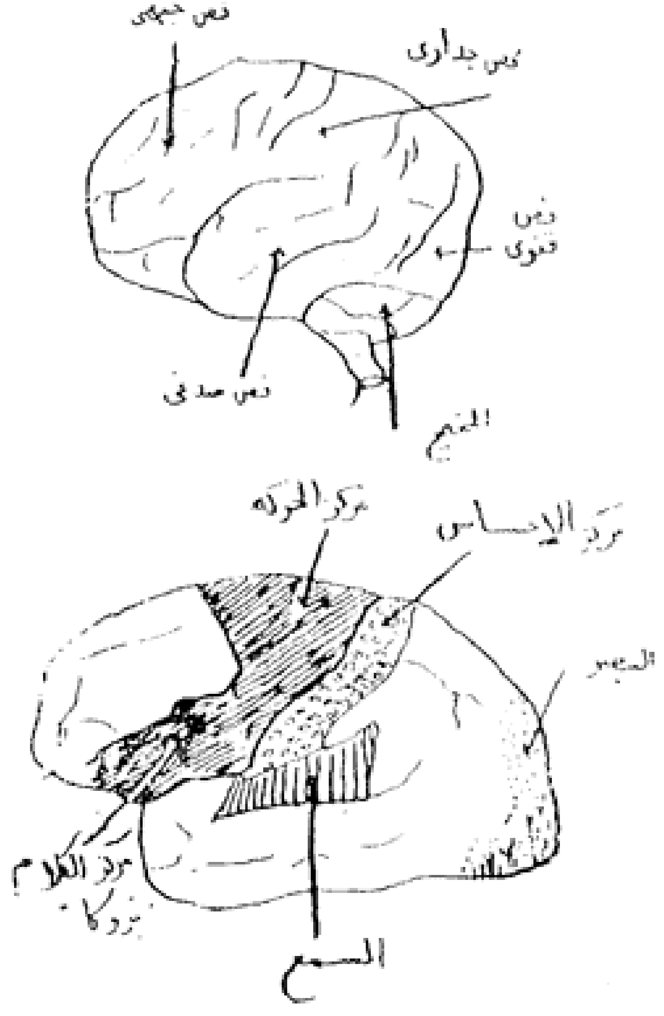
رأينا كيف تحدث الاستجابة في حالة الحروف المتحركة موضحين الدور الذي يقوم به اللسان والشفاة، أما عن تقويم أو تشكيل الحروف الساكنة Consonants فيحدث ذلك نتيجة احتباس الموجات الصوتية بواسطة إيجاد عقبة في الجهاز الكلامي وقد تحدث العقبة عند الوترين الصوتيين أو يحدثها سقف الحلق الرخو، حيث أن ذلك الجزء يتدلى أحياناً

ويرتفع أحياناً أخرى على حسب نوع الحرف المنطوق، فعند نطق الحروف الأنفية Nasal : الميم والنون مثلاً. نلاحظ أن الجزء الرخو يتراخى إلى أسفل حتى يصل مع اللهاة إلى الجزء الخلفي من اللسان. وعلى هذا الوضع يخرج الصوت المحتبس عن طريق التجويف الأنفي إلى الخارج، ويحدث الفرق بين حرفي الميم والنون على أساس حركات اللسان والشفاه، ففي حالة حرف الميم يتحرك طرف اللسان إلى أعلى وتفتح الشفاه فتحة نصفية، ومعنى ذلك أن احتباس الهواء في حالة حرف (النون) أحدثه طرف اللسان، أما في حالة الحرفين (الكاف)، و(الجيم) فهي من ضمن مجموعة الحروف الحلقية Gutterals فإن احتباس الهواء يحدثه الجزء الخلفي من اللسان مع سقف الحلق الرخو. وفي بعض الحالات لايكون احتباس الهواء كاملاً كما يحدث في حرف السين وهي من ضمن المجموعة (السنية dental) حيث يتسرب الهواء في ممر ينحصر بين الشفتين العليا والسفلى. أما في حروف (الدال والتاء) وهما كذلك من مجموعة السنية الأمامية فإن الهواء يتسرب في ممر ضيق ينحصر بين الجزء الأمامي من اللسان وبين سقف الحلق الصلب.

ويجانب هذه المجموعة من الحروف الساكنة الصوتية Voiced وهي التي تستعين بالموجات الصوتية في تشكيلها توجد مجموعة أخرى من الحروف الساكنة اللاصوتية Voiceless وهي التي لاتستعين بعملية احتباس الهواء الخارج من الرئتين إذ نجده يمر طليقاً من الحنجرة، والاختلاف بين حرف وآخر في هذه المجموعة يحدث نتيجة لحركات اللسان في أوضاع مختلفة في التجويف الفمي. ومن أمثلة هذه الحروف (الفاء، والباء) وهي من المجموعة الشفوية Ladial . إن الحروف اللاصوتية لاتحتاج في تشكيلها إلى تحول هواء الزفير إلى موجات صوتية إذ يندفع النفس مباشرة إلى التجويف الزوري ومنه إلى التجاويف العليا.

(٣) أعضاء التنظيم الوظيفي والمركزي:

وتتمثل هذه الأعضاء بالجهاز العصبي القشري ونصفي كرتي المخ، والنوى العصبية تحت قشرية، والأعصاب الدماغية، ويجب ملاحظة أن جميع هذه الأعضاء السابقة تخدم أغراض وظيفية أخرى غير غرض النطق والكلام.



(شكل ٤)
المراكز الحسية المختلفة في اللحاء.

كيف تكتسب الأصوات دلالتها الحسية:

بينا فيما سبق، كيف يحدث الصوت، وهذا يمثل لنا الناحية الحركية التي تتصل بعملية الكلام، ولكن يجب أن نشير إلى أن الكلام يكون عديم الدلالة إذا لم يتفاعل الطفل مع البيئة التي يعيش فيها، ويتعامل معها، وليست وظيفة اللغة مجرد إحداث أصوات بل يلزم أن تكون لهذه الأصوات دلالة، وهذا لايتأتى إلا عن طريق العقل ومايحويه من مراكز حسية، ولقد أدت التشريحات الدماغية إلى تقدير الحقائق الآتية:

١- في الفص القفوي Occipital يوجد المركز الحسي للبصر.

٢- في الفص الصدغي Temporal يوجد المركز الحسي للسمع.

٣- في الفص الجداري Parietal يوجد مركز الإحساس الجسمي كالشعور بالحرارة والبرودة والشعور بالألم.

٤- في الفص الجبهي Frontal من القشرة المخية أو اللحاء توجد مراكز الحركة.

وعند أسفل التلفيف الجبهي الثالث توجد المراكزا لخاصة بأعضاء الحنجرة والبلعوم والفم، ولقد سميت هذه المنطقة بمنطقة (بروكا Broca) نسبة إلى الجراح الذي اكتشفها (بولس بروكا)، كما يطلق عليها (المركز الحركي للكلام) أو منطقة اللغة الحركية، هي التي تسيطر على الحركات المختلفة لأعضاء الكلام، فإذا أصيبت الأنسجة التي تتكون منها هذه المنطقة بتلف ما، أصيب الفرد باحتباس في كلامه ويكون المركز الحركي الكلامي في حالة نشاط وعمل في نصف كرة الدماغ الذي يقع في الناحية اليسرى، وذلك في حالة الشخص اليميني، والعكس صحيح في حالة الشخص اليساري، وتتصل الفصوص الأربعة الكبيرة التي تتكون منها القشرة الدماغية بعضها ببعض بواسطة مسالك Tracto ، كما أن نصفي كرة الدماغ يتصلان كذلك عن طريق المقرن الأعظم المسمى Corpus Callosun ومما تجدر الإشارة إليه أن مراكز الدماغ تعمل بعضها مع بعض مشتركة عن طريق مناطق الترابط التي تجعلنا ننظر إلى عمل تلك المراكز المختلفة ككل. أو كشبكة متصلة الحلقات، بمعنى أنه على الرغم من أن الوظيفة التي يقوم بها كل مركز على حدة تختلف عن وظيفة المراكز الأخرى إلا أن النشاط المركزي السمعي مثلاً يتأثر بالنشاط الذي يقوم به المركز البصري أو المركز الحركي.

يترتب على ذلك أن العملية الكلامية تحتاج إلى نوع من التوافق الوظيفي بين تلك المراكز، وإلا لما حدث الكلام بالشكل المألوف ذي الدلالة والذي يصبح أداة للتخاطب والتواصل والتفاهم بين أفراد المجتمع.

النطق Articulation

اللغة ذاتها مظهر قوي من مظاهر النمو-كما سبق أن أشرنا-وتعتمد اللغة في نموها على نمو الأجهزة الصوتية كعضلات الفم واللسان والحنجرة والتي تصل إلى درجة كبيرة من النضج قبل الولادة. وقد تبين أن ٩٠٪ من الأصوات الصحيحة المبكرة التي تصدر عن الرضيع تتميز بأنها حلقية Glottals مثل حرف الهاء (هـ) والهمزة (ء) ولكن هذه الأصوات لاتؤلف لديه عند نهاية السنة الأولى إلا حوالي ٣٠٪ فقط، بينما يتزايد ظهور حروف الشفاة مثل الباء (ب) والميم (م) (بابا-ماما) ويلي ذلك ظهور الحروف التي تشترك فيها الشفاه مع الأسنان مثل حرف الفاء (ف) (فافا) ثم حروف الأسنان مثل (التاء) (ت) والدال (د) "تاتا-دادا).

ويدلنا هذا التدرج في إصدار الأصوات على العلاقة بين عملية النطق والكلام وبين النضج، فالنضج هو الذي يحدد معدل التقدم.

ومن أهم المؤثرات التي تؤثر في مدى النمو في عملية الكلام لدى الطفل:

١- بدء الخبرة بالأطعمة الصلبة وعمليات المضغ، بينما تتناقص عمليات الرضاعة مما يحدث تغيراً في شكل التجويف الفمي.

٢- ظهور الأسنان اللبنية.

٣- لما كان النمو الحركي يسبق النمو اللغوي، حيث يبدأ الأطفال الأسوياء المشي قبل الكلام فإن هذا يجعل التقدم في النمو اللغوي يعتمد بعض الشيء على التقدم في النمو الحركي ومدى اتساع العالم الذي يحس به الطفل ويدركه.

وعادة تتطور اللغة لدى الطفل بدءاً من الصرخة الأولى التي تأتي بعد الميلاد مباشرة، والتي تحدث بسبب اندفاع الهواء بقوة عبر الحنجرة إلى رئتي الطفل حيث يتم اهتزاز الحبال الصوتية، وبالتالي تحدث عملية التنفس التي تهدف إلى تزويد الدم بقدر من الأكسجين، ويحدث ذلك بفضل فعل منعكس فسره (أوتورانك) بصدمة الميلاد، وبعد ذلك يصغى الطفل تدريجياً إلى صوته الذي يرتبط بوظائف التغذية وحاجاته الأساسية (طعام، وشراب، ألم، غضب، تبول، قيء ...) ويصبح الصوت معبراً عن الحالات الجسمية، والوجدانية، ورغبات الطفل نفسه.

تطور عملية النطق والكلام:

يمر الطفل بسلسلة متتابعة من مراحل النمو اللغوي منذ الولادة حتى يكتمل تقريباً عند الثالثة عشرة أو الرابعة عشرة، وقد لوحظ أن هناك تشابه في هذه المراحل إلى درجة عالية بين الأطفال الأسوياء، بل أن الأطفال من كل الجنسيات يمرون من خلال نفس المراحل المتتابعة لتطور النمو اللغوي، حيث يبدأ النطق السليم بالصراخ، فالضحك، فالمناغاة، ثم يسمع الطفل نفسه ويسمع من حوله، ثم يبدأ يقلد من حوله حتى ينجح في إخراج الألفاظ والكلام.

أولاً: صيحة الميلاد:

وقد أوضحناها آنفاً.

ثانيا: مرحلة الصراخ Crying Stage

بعد الصيحة اللاإرادية الأولى سرعان ماتكتسب صيحات الطفل دلالات معينة نتيجة لنمو المدركات الحسية (السمعية والبصرية واللمسية) وتصبح صيحات الطفل إرادية معبرة عن حالته الانفعالية حيث يكثر الصراخ في الفترات التي تسبق ميعاد الرضاعة أو في حالات البلل أو التبرز أو أية آلام مرضية.

ويرى بعض علماء النفس أن عملية البكاء والصراخ لدى الطفل لها قيمة اجتماعية وإشارة إلى أن الطفل محتاج إلى رعاية وعطف، ومن ناحية أخرى يعتبر البعض الصراخ شكل من أشكال اللغة الغير متطورة، ويبقى صراخ الطفل حتى الشهر الثاني من عمره مصاحباً لعملية التنفس وعملية السعال والبكاء.

ثالثا: مرحلة الأصوات العشوائية

تتطور صيحات الطفل وتتعدد نغماتها وتكون هذه النغيمات متنوعة بدرجة كبيرة أكثر مماتحويه أية لغة في العالم، وتعتبر الأشكال الصوتية التي تصدرها عن الطفل في الشهور الأولى هي المادة الأولية للأصوات المختلفة التي تتكون منها اللغة بعد ذلك.

وتعتبر الأصوات العشوائية التي يصدرها الطفل في الأسابيع الأولى استجابات عامة لمؤثرات خارجية أو داخلية مختلفة، فيرسل الطفل عدة أصوات عندما يكون في حالة ارتياح ورضا كالشبع والدفء، كذلك يصدر مجموعة أخرى من الأصوات عندما يكون في حالة ضيق كالجوع أو البلل، ولاشك أن هذه الأصوات تعتبر تمرينات جيدة لأعضاء جهاز الكلام.

رابعة: مرحلة الحروف التلقائية او مرحلة المناغاة Lalling Stage

أو كما يسميها البعض مرحلة الثرثرة Babble Stage أو مرحلة الصدى الصوتي. وتبدأ هذه المرحلة من الشهر الثاني بالحروف المتحركة بينما تبدأ الحروف الساكنة في الظهور عندما تأخذ حركات الانقباض في أعضاء الجهاز الكلامي شكلاً أكثر تحديداً.

وفي هذه المرحلة يتلذذ الطفل من ترديد ذاته فإذا نطق حرف الدال (د) مثلاً ظل يردده في سعادة (دا-دا-دا) وإذا نطق حرف الفاء (ف) ظل يردده أيضاً (فا فا فا) وهكذا خاصة إذا وجد إثابة وتعزيز من المحيطين به.

وتستمر المناغاة بشكل واضح حتى الشهر الثامن للميلاد ثم تتراجع تدريجياً حتى تدغم مع المرحلة التالية للكلام.

خامسة: مرحلة التقليد (تقليد الأصوات المسموعة ومحاكاتها Imitation Stage

من الشهر الثامن تقريباً بتطور النمو اللغوي لدى الطفل إلى مرحلة جديدة فبعد أن كان متمركزاً حول ذاته مردداً الحرف الذي ينجح في النطق به، نجده في هذه المرحلة يبدأ في ترديد مايسمعه من الآخرين.

وفي هذه المرحلة نجد الطفل يقلد صيحات وأصوات الآخرين التي يسمعها وذلك بهدف أن يتصل بهم أو يصبح مثلهم أو من أجل اللهو أو بصورة عفوية تلقائية أو بهدف إشباع حاجة ما. إلا أن الأطفال يظهرون ميلاً متزايداً لتقليد ألفاظ شخص وذلك بعد حدوث تفاعل سار معه، مثل الأم التي تتحدث إلى طفلها بكلمات وهي ترضعه كما أن عملية تشجيع الأسرة لتقليد الطفل للأصوات ينمي الميل لتقليد بعض الألفاظ لدى الطفل.

وقد تبين أن من العوامل المؤثرة في تقليد الطفل للأصوات أن الطفل في إحداثه للأصوات يريد أن يسمعها لنفسه وهو يخرجها، وكذلك عندما يردد ماسمعه من الآخرين يريد أن يحقق شكلاً ما من الاتصال كما أنه يريد أن يتحسس بأن له كياناً لغوياً خاصاً يمكن استخدامه في هذا التواصل.

سادسة: مرحلة المعاني

بعد مرحلة التقليد يبدأ الطفل يربط بين اللغة وبين حاسة البصر بعد أن كان العامل الأساسي خلال الفترة السابقة هو حاسة السمع. ثم يستخدم أيضاً حاسة اللمس، وهكذا تتفاعل الحواس جميعاً مع النمو اللغوي للطفل لتكتسب الأصوات والمقاطع والكلمات التي ينطق بها معان وموضوعات محددة. ويساعد على وضوح هذه المرحلة مايصل إليه الطفل من نمو عقلي.

سابعة: الكلمة الأولى

يتعجل الآباء نطق أطفالهم، بل قد يستنتجون أنهم قد نطقوا فعلاً بالكلمة الأولى عند سماعهم يصدرون أي صوت قريب الشبه بتلك الكلمة، وهذا يجعل من الصعوبة تحديد موعد نطق الطفل بالكلمة الأولى ذا المعنى تحديداً سليماً.

إلا أن البيانات والدراسات التي أجريت في هذا الموضوع أثبتت أن الطفل العادي المتوسط ينطق بالكلمة الأولى في الشهر الحادي عشر أو قرب نهاية السنة الأولى. والكلمة المفردة التي ينطق بها الطفل -وتكون عادة ترديداً لمقطع واحد مثل بابا ، ماما ، دادا - لاتعني لدى الطفل معنى الكلمة ذاتها فحسب، ولكن يكون لها قيمة الجملة الكاملة في معناها ، أي أنا أريد بابا أو أين ماما ؟؟ وهكذا ...

النمط العادي لنمو الكلام

بطبيعة الحال يحتاج المرء لأن يفهم النمط العادي لنمو الكلام قبل أن يكون باستطاعته تقرير ماإذا كان طفل مايحققه تقدماً عادياً في نمو الكلام وأنه ينطق بالطريقة المقبولة المتوقعة من الأطفال في مثل سنه، أم أن هذا الطفل يعاني من اضطراب واضح في النطق إلى درجة يحتاج معها إلى نوع من العناية الخاصة كما هو الحال في جميع مظاهر السلوك الإنساني، فإن الكلام ظاهرة نمائية تتوقف على العمر الزمني للفرد كما تتأثر بدرجة النضوج الجسمي والعقلي والاجتماعي والنفسي، يكتمل نمو الكلام عادة في حوالي سن السابعة أو الثامنة أي الوقت الذي يكون فيه معظم الأطفال عادة اكتسبوا مستويات الكلام عند الراشدين.

إن الطفل في الأسابيع الأولى من حياته يستطيع أن يحدث أصواتاً بشكل آلي لاإرادي نتيجة لبعض الدوافع الحركية Motor Impulses وتعتبر هذه الأشكال الصوتية الصادرة من الطفل المادة الأولية التي ينحت منها أصوات الحروف المختلفة، ويلاحظ منذ الشهر الخامس من حياة الطفل أن الأصوات التي كان يصدرها بصفة تلقائية، تأخذ معنى آخر إذ تبدأ تظهر بعض التأثيرات في نفس الطفل نتيجة لتكرار هذه الأصوات التي كان يصدرها دون قصد منه، فالطفل عندما يصدر الصوت (دا) وهو صوت يصدر عنه في بادي الأمر بشكل تلقائي لاإرادي يشعر عند سماعه له بشيء من السرور يدفعه إلى تكرار الصوت وهنا يرتبط سروره الحادث من اللعب بالأصوات Vocal Play بإدراكه للصوت المسبب لهذا السرور أو بعبارة أخرى ترتبط حالة شعورية معينة عنده ببعض الأشكال الصوتية المسببة لتلك الحالة. ويخلق سماع الطفل لصوته وسروره الحادث من هذه العملية عاملاً وجدانياً يدفعه إلى القيام بمحاولات تكرار جديدة فيقول (دا-دا-دا) ويصبح الوضع الجديد لهذا النوع من ردود الأفعال عبارة عن حلقة دائرية تتضمن القول والسمع وبنفس

الطريقة تتكون أشكال أخرى مماثلة من التركيبات الدائرية الشرطية Circular Condi-tioned Responses وعندما تتكون مجموعة من تلك التركيبات يتخذ منها الكبار اللذين حوله موقفاً خاصاً فرغبة منهم في تشجيعه وتعبيراً عما يشعرون به من سرور وانشراح تجدهم يكررون نفس مايقوله الطفل فيبدأ الطفل يقارن الأصوات التي يخرجها بتلك التي نطقت بها أمه أو مر بيته وكم يكون سرور الطفل وكم تتضاعف سعادته عندما يدرك وجه الشبه بين مايفوه به وماهم ينطقون به ويحاول الطفل آن ذاك أن يربط بين أصواته وأصواتهم وهنا ينتقل الطفل من التقليد الذاتي الذي يقلد فيه نفسه دون التأثر بالتجارب الخارجية عن محيطه إلى التقليد الموضوعي الذي يقلد فيه غيره. ولتشجيع الطفل على الكلام تجد الأم وهي تكرر الصوت (دا) وهو في الأصل صادر عن الطفل تنطق به من وقت لآخر مصحوباً بكلمة تبدأ بنفس المقطع الصوتي مثل كلمة (دا-دا) ثم في موقف آخر تشير إلى الشيء الذي تدل عليه الكلمة، وهنا يدخل عامل جديد في عملية اكتساب اللغة، وهو عامل الإدراك البصري، فيدرك الطفل آن ذاك معنى الشيء المدرك بالكلمة التي يسمعها (إدراك سمعي) ثم يحاول أن يلمس الشيء المدرك ويعبث به إدراك لمسي ومن ثم فإننا نلاحظ أنه إذا وقع بصر الطفل في ظروف أخرى على (دادا-دادا) فإنه يصرخ منادياً بالكلمة وهكذا يتعلم الطفل معاني الأشياء والألفاظ التي تدل عليها، وقد ابتدأت العملية كما رأينا بإصدار أصوات لاإرادية نتيجة لحركات الجهاز الكلامي وهذا مظهر حركي صرف ولكنه سرعان ماتكتسب هذه الأصوات دلالات معينة نتيجة لنمو المدارك الحسية (سمعية-بصرية-لمسية) وهذا مظهر حسي ولايمكن أن يستقيم كلام الطفل إلا إذا كان هناك توافقاً بين المظهر الحركي الكلامي والمظهر الحسي الكلامي.

نمو مفردات الأطفال:

تنوعت طرق الباحثين في دراسة نمو مفردات الأطفال وأكثر هذه الطرق انتشاراً هي الطرق التي تقدم على ملاحظة حديث الطفل في فترة معينة لمدة تتراوح بين بضع ساعات إلى يوم أو أكثر ثم تدون الكلمات التي ينطقها الأطفال ويستمر استعمال هذه الطريقة مع نفس الطفل كلما تقدمت السنون به لمعرفة محصوله في المفردات أثناء عملية النمو.

والجدول التالي يلخص المراحل المختلفة للنمط العادي لنمو الكلام كما يوضح أهم المعالم البارزة في هذا النمو على الرغم من أن الأعمار المقابلة للمهارات المختلفة التي تظهر

في الجدول تختلف قليلاً فيما بين العلماء والباحثين فإننا نحاول تمييز الاتجاهات النمائية العامة في هذا المظهر من مظاهر النمو:

جدول رقم (٣) أهم الخصائص المميزة للكلام المقابلة للسن

مدى السن	أهم الخصائص المميزة للكلام
من الميلاد - ٣ شهور	صرخة الميلاد - صراخ غير متمايز ثم صراخ متمايز - أصوات عشوائية.
من ٤ - ٦ شهور	أصوات شبيهة بالكلام يغلب عليها الأصوات قريبة الشبه بالحروف المتحركة (مرحلة الثرثرة).
من ٦ - ٩ شهور	استخدام الأصوات بشكل إسقاطي للتعامل مع الآخرين (مرحلة المناغاة) مرحلة من الأصوات غير المتمايزة وقد تفيد أساساً في تنمية أجهزة الكلام.
من ٩ - ١١ شهراً	تباين أوسع في الأصوات الشبيهة بالكلام - (مرحلة المصاداة).
سن ١٢ شهراً	نطق الكلمات الحقيقية الأولى ويصعب تحديد موعدها بالضبط (ماما ، بابا).
سن ١٨ شهراً	نطق جمل تتكون من كلمة أو كلمتين (الرطن المتكرر - تباين أوسع في أصوات الكلام مثل" لبن كمان" "ماما تعالي").
سن ٢ سنة	تقل الرطانة - استخدام أكثر للكلمات الحقيقية - زيادة الدقة في إصدار أصوات الكلام .
سن ٣ سنوات	نطق مفهوم ولكن غير منسق - أخطاء في نطق كثير من الحروف الساكنة مثل (الراء) نطق الحروف المتحركة غالباً صحيحة مثل (لام) (ميم) (نون) نغمة الصوت تكون مرتفعة وغير مضبطة - وقد يغلب على الصوت طابع الخمخمة - كثيراً مايحتوي الكلام على تكرار الكلمات مما يجعله يتميز بعدم الطلاقة .
٤ - ٥ سنوات	زيادة الدقة في نطق الحروف الساكنة .
من ٦ - ٨ سنوات	يصل الطفل إلى مستويات النطق والتشكيل عند الكبار ويختفي التكرار وعدم الطلاقة - يتميز الكلام بالطلاقة إلى حد ما .

وفيما يلي توضيح لبعض المصطلحات الخاصة بالكلام في مرحلة الطفولة:

يمكن النظر إلى المرحلة المبدئية لنمو الكلام على أنها تبدأ مع الصرخة الأولى التي تصاحب ميلاد الطفل وذلك أن هذه الصرخة تمثل بداية استخدام الوليد لأعضاء جهاز الكلام. يتقدم الطفل من هذه النقطة خلال مراحل مختلفة يتعلم فيها إصدار الأصوات المطلوبة للكلام ويحاول استكشاف العالم من حوله من خلال الأصوات-تتمثل المراحل الثلاث الهامة خلال السنة الأولى من حياة الطفل في المراحل التالية:

(أ) مرحلة الثرثرة Babbling : وتتميز باستخدام الأصوات التي تشعر الطفل بالسعادة والتي يأخذ الطفل فيها بزمام المبادأة في إصدار بعض الأصوات التي تشبه الكلام.

(ب) مرحلة المناغاة Lalling : وتتميز بإحساس الطفل بالسرور والسعادة من خلال تكراره لبعض الأصوات ومقاطع الكلمات.

(جـ) مرحلة المصاداه Echolalia : وتتميز بتقليد تتابع الأصوات التي يصدرها الآخرون بغض النظر عن المعنى. خلال هذه المرحلة يعتقد كثير من الآباء والأمهات ممن يتميزون بالقلق الزائد تجاه نمو أبنائهم بأن الطفل بدأ الكلام. والحقيقة أن الأصوات التي يخرجها الطفل في هذه المرحلة تخلو من أي معنى (المصاداه) من صدى أو رجع الصوت-صداء-مصاداه ترديد لاإرادي للألفاظ-ظاهرة مرضية تتميز بالمحاكاة الصوتية المباشرة الآلية).

ويستطيع الطفل بعد انتهاء العام الثاني التعبير عن أفكاره في جمل قصيرة بسيطة كما أنه يستطيع استخدام الأفعال في بناء الجملة-وهكذا يأتي استخدام الفعل في مرحلة متأخرة، فإدراك الأسماء واستعمالها يسبق إدراك الأفعال واستعمالها ويرجع ذلك إلى مافي طبيعة الفعل من تعقيد إذ أنه يدل على (حدث) (وزمن) بعكس الأسماء. ويتمكن الطفل في عامه الثالث من استعمال جمل يبلغ عدد مفرداتها ثلاث كلمات، ثم تزداد قدرته على تكوين الجمل حتى يتمكن في سن الرابعة والنصف من استعمال جمل تتكون الواحدة منها من أربع مفردات أو ست وتنمو قدرة الطفل على استعمال الجمل المركبة تبعاً لدرجة ذكائه ومستواه الاجتماعي.

والخلاصة أن الكلام وظيفة مكتسبة لها أساس حركي وآخر حسي وأن عملية التوافق بين المظهرين لها شأن كبير في نمو اللغة لدى الطفل وكلما كان هذا التوافق طبيعياً كان الكلام بدوره طبيعياً كذلك، غير أنه في بعض الحالات توجد بعض العوامل البيئية أو العضوية أو النفسية أو الوظيفية فتحدث بسببها أنواع مختلفة من الصعوبات والاضطرابات بعضها خاص بالنطق والبعض الآخر خاص بالكلام والتعبير.

الفصل الثاني

اضطرابات التواصل

(اضطرابات النطق والكلام)

الفصل الثاني : اضطرابات التواصل

(اضطرابات النطق والكلام)

يعتمد الشخص العادي اعتماداً كبيراً على أساليب التواصل اللفظي في مشاركته لأفكاره ومشاعره مع الأشخاص الآخرين، وفي اكتساب معلومات جديدة من خلال تفاعله مع الآخرين. الغالبية العظمى من الأفراد يأخذون مهارات التواصل وكأنها أمور مسلم بها نظراً لأنهم لم يواجهوا مشكلات حادة في فهم الآخرين، أو في محاولة التعامل معهم من خلال اللغة.

إلا أن الحال ليس كذلك دائماً، فبعض الأطفال لاتنمو مهارات التواصل لديهم على هذا النحو السوي، بل يواجههم بعض الاضطرابات. اثار مثل هذه الاضطرابات-إن كانت من النوع الحاد-تكون ذات طبيعة مدمرة للنمو وخاصة في مجالات التحصيل الدراسي، والشخصية في المستقبل إن لم تجد العلاج الملائم في الوقت المناسب.

ربما يكون معلم التربية الخاصة، أو الأخصائي النفسي، أو المدرس العادي، أو أحد الأخصائيين المهنيين الآخرين، هو أول من يساوره الشك في وجود صعوبات التواصل عند بعض الأطفال.

تعريف اضطرابات التواصل:

لما كان كلاً من النطق والكلام يتأثران بالبناء التركيبي التشريحي للفرد والأداء الوظيفي الفسيولوجي والأداء العضلي-الحركي، والقدرات المعرفية، والنضوج، والتوافق الاجتماعي والسيكولوجي فإن (الانحرافات أو الأشكال المختلفة من الشذوذ في أي من العوامل السابقة يمكن أن ينتج عنه اضطراب-على نحو أو آخر-في التواصل قد يتضمن النطق، والكلام أو يتضمن اللغة أو يتضمنهم جميعاً) بمعنى أنه قد يحدث اضطراب في السلوك الاتصالي وأنماطه، وهذا الاضطراب قد يختلف في نوعيته وشدته، كما قد يكون مظهراً من مظاهر الإعاقة لدى الفرد في اتصالاته بالآخرين.

ويعتبر كلام الفرد معيباً إذا تحول الاهتمام من ماذا يقول؟؟ إلى كيف يعبر بالكلمات عمايريد ؟

نماذج من بعض اضطرابات التواصل:

إذا تحول الاهتمام بدرجة كبيرة إلى كلام الفرد ، فإنه تبعاً لذلك سيتحول الانتباه عن الاتصال إلى الجهد الذي يبذله الفرد في الاتصال، حينئذ سيبدو كلامه مضطرباً مع الأخذ في الاعتبار، رد فعل المستمع.

أما إذا انتقلنا إلى الحديث عن وجهة نظر المتكلم فإن الكلام يعتبر مضطرباً إذا كان المتكلم على وعي بهذا الاضطراب أو يعاني قلقاً بشأنه، وبالتالي يمثل الاضطراب الكلامي عقبة في طريق التوافق الاجتماعي للفرد.

ويمكن اعتبار كلام الفرد مضطرباً إذا اتصف بواحدة من الصفات التالية:

(١) حين يكون الكلام غير مسموع بوضوح.

(٢) حين يكون الكلام صعب الفهم.

(٣) حين يكون التعبير بألفاظ غير ملائمة.

(٤) حين يكون الكلام معيباً فيما يختص بنطق الحروف الساكنة والمتحركة.

(٥) حين يحدث إضغام لبعض الحروف.

(٦) حين ينقص الكلام الإيقاع السليم.

(٧) حين يبذل المتكلم جهداً.

(٨) حين تتغير نبرة الصوت.

(٩) حين يكون الكلام غير مناسب لسن أو جنس المتكلم.

انواع اضطرابات النطق والكلام وخصائصها المميزة

هناك تصنيفات متعددة لاضطرابات النطق والكلام تختلف حسب الأسس التي يعتمد عليها في التصنيف، فمن الباحثين من يصنف الاضطرابات الكلامية إلى:

(أ) اضطرابات ترجع في أساسها إلى عوامل عضوية واضحة Organic مثل الأفازيا، أو احتباس الكلام.

(ب) أو إلى اضطرابات ترجع إلى عوامل وظيفية Functional مثل فقدان الكلام الهستيري Aphonia .

والأسباب العضوية غالباً ماتكون إصابة جزء من أجزاء جهاز الكلام بما في ذلك جهاز السمع ... والأسباب الوظيفية غالباً ماترجع إلى عوامل تربوية ونفسية أو اجتماعية،

إلا أن ذلك لايمنع من وجود عوامل عضوية ووظيفية معاً في الاضطراب.

وهناك من يصنف اضطرابات اللغة إلى اضطرابات في الكلام Speech تتعلق بمدلول الكلام ومعناه وشكله وسياقه، وترابطه مع الأفكار ومدى فهمه من قبل الآخرين ... وإلى اضطرابات في النطق Articulation وإعوجاجه من حيث حذف بعض أصوات الكلمة Omission أو تحريف الصوت Distortion أو إبدال حرف بآخر أثناء النطق Substitution أو اضطرابات إضافة في النطق Addition أو اضطرابات ناتجة عن الضغط مثل نطق حرف (ل،ر) التي تحتاج إلى ضغط اللسان على سقف الحلق وتسمى باضطرابات الضغط Pressure ويضاف إلى اضطرابات النطق عدم استكمال الكلمات حسب أصولها القواعدية، وهناك اضطرابات الصوت Voice Disorders أو حيث يكون الاضطراب في إخراج الصوت واضحاً لدى المصاب، كما نلاحظ اضطراب في ارتفاع إيقاع الصوت أو انخفاضه Pitch أو اضطراب في الفواصل في الطبقة الصوتية Pitch breaks والتي تتمثل في الصوت الرتيب Monotone Voice أو الصوت المهتز أو المرتعش Shaky Voice أو في خشونة الصوت وشدة الصوت والتكرار الآلي للأصوات ... وهناك أيضاً تصنيفات أخرى مثل تصنيفات هاريسون Harisson الطبية الذي يصنف اضطرابات الكلام إلى أربعة أشكال من الاضطرابات اللغوية وهي:

١- الاضطرابات اللغوية الدماغية التي يحدث فيها نقص في إنتاج الكلام واللغة الكلامية أو المكتوبة أو في فهم ذلك مثل حالات الأفازيا (الحبسة الكلامية).

٢- الاضطرابات اللغوية اللفظية مع سلامة الوظائف العقلية وسلامة فهم وتذكر الكلمات وهي اضطرابات حركية صرفة في عضلات التلفظ قد تنجم عن شلل رخو أو تشنجي أو عن تشنجات متكررة كما في حالة (التهتهة) أو العقلة أو (الرتة) كما يسميها البعض.

٣- حالات فقدان الصوت الناجمة عن مرض في الحنجرة أو في أعصابها، ممايسبب عسرة الصوت.

٤- اضطرابات كلامية تحدث في الأمراض التي تصيب تكامل الوظائف الدماغية العليا مثل حالات العتة والهتر وبعض الحالات الذهانية (اضطرابات عقلية) ونادراً مايفقد

المريض في مثل هذه الكلام ولكن الكلام يضطرب كجزء من الاضطراب العام الذي يصيب اللغة.

والخلاصة التي يمكن أن نركن إليها في تصنيف أهم اضطرابات النطق والكلام التصنيف الذي تتبناه معظم منظمات الصحة العالمية والمنظمات التربوية والنفسية والذي يتمثل في:

أ- اضطرابات في الكلام.

ب- اضطرابات في النطق.

جـ- اضطرابات في الصوت.

أولا: اضطرابات الكلام Speech Disorders

وهذه الاضطرابات تتعلق بمجرى الكلام أو الحديث، ومحتواه ومدلوله أو معناه وشكله وسياقه وترابطه مع الأفكار والأهداف ومدى فهمه من الآخرين وأسلوب الحديث والألفاظ المستخدمة وسرعة الكلام وباختصار فإن اضطرابات الكلام تدور حول محتوى الكلام ومغزاه وانسجام ذلك مع الوضع العقلي والنفسي والاجتماعي للفرد المتكلم. ومن هذه الاضطرابات مايدخل تحت اسم الطلاقة في النطق Fluency disorders كما في حالة اللجلجة في الكلام، واضطرابات الكلام متعددة ويمكن أن نوجزها فيمايلي:

(١) ضعف المحصول اللغوي وتأخذ الكلام لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (من ٢ إلى ٥ سنوات) delayed or inhibited speech .

(٢) التردد في النطق أو (الرتة) التهتهة في الكلام Stuttering

(٣) اعتقال اللسان كما تسمى باللجلجة أو التهتهة Stammering

(٤) الأفازيا Aphasia أو احتباس الكلام

(٥) السرعة الزائدة في الكلام Cluttering

(٦) البطء الزائد في الحديث أو الكلام.

(٧) بعثرة الحديث Scattering

(٨) الكلام الغير مترابط.

(٩) الكلام البذيء والصراخ.

(١٠) خراف الكلام.

(١١) تدفق الكلام أو ذرب الألفاظ.

(١٢) التشتت في كلام الحديث وعدم الوصول للهدف من الكلام.

(١٣) تطاير الأفكار أثناء الكلام.

ثانيا: اضطرابات النطق Articulation disorders

(١) اضطرابات إبدالية Substitution

(٢) اضطرابات تحريفية Distortion

(٣) اضطرابات حذف أو إضافة Omission or addition

(٤) اضطرابات ضغط Pressure

(٥) عيوب نطق أخرى.

ثالثا: اضطرابات الصوت Voice disorders

(١) اضطرابات الطبقة أو الإيقاع الصوتي بالنسبة للسلم الموسيقي ويدخل ضمن هذه الاضطرابات.

أ- ارتفاع الصوت.

ب- انخفاض الصوت.

جـ- الفواصل في الطبقة الصوتية Pitch Breaks

د- الصوت المرتعش أو المهتز Shaky Voice

هـ- الصوت الرتيب Monotone Voice

(٢) الصوت الخشن أو الغليظ Harchness

(٣) بحة الصوت Hoarseness

(٤) الصوت الهامس Breathiness

(٥) الخنخنة في الصوت (رنين الصوت) Resonance

(٦) الصوت الطفلي Infant Speech

(٧) انعدام الصوت كليّة Aphonia

رابعا: عيوب النطق الناجمة عن نقص في القدرة السمعية.

خامسا: عيوب النطق الناجمة عن نقص في القدرة العقلية.

سادساً: عيوب الكلام والنطق الناجمة عن حالات نفسية عصابية.

ويلاحظ أن هذه التصنيفات متداخلة مع بعض في بعض جوانبها.

وتختلف اضطرابات النطق والكلام حسب الجنس، والعمر، والبيئة، فهناك اضطرابات مثل التهتهة، والتلعثم يتعرض إليها الذكور أكثر من الإناث، والمراهقين أكثر من الأطفال، وقد لوحظ أن بعض الاضطرابات مثل اللجلجة في الكلام تزداد نسبتها مع تقدم العمر، وأن حالات الأفازيا غالباً ماتظهر لدى الكبار، وعلى العكس من ذلك فإن عيوب النطق الإبدالية والحذف والإضافة غالباً ماتظهر لدى الأطفال ولدى الإناث أكثر منه لدى الذكور.

الأسباب العامة لاضطرابات النطق والكلام:

تشير الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن أسباب الاضطرابات الكلامية تختلف حسب الحالات، والأعمار، والبيئات، ومعظم هذه الأسباب ترجع بشكل عام إما إلى أسباب عضوية (مثل إصابة أحد أجزاء الكلام والتنفس والجهاز العصبي ... وهذه بدورها قد ترجع إلى عوامل ولادية أو قبل ولادية أو بعد ولادية)، وإما أن تكون الأسباب ذات طابع نفسي تربوي (ترجع إلى الأسرة والتربية وعوامل التنشئة الاجتماعية) أو ترجع إلى (عوامل نفسية ووجدانية عميقة مثل الانفعالات الحادة والمخاوف والصدمات النفسية) وقد ترجع الحالة الواحدة إلى أكثر من سبب أو عامل وجميع هذه الأسباب متداخلة ومتفاعلة مع بعض، ويمكننا أن نلخصها بوجه عام بمايلي:

أولاً: العوامل العضوية:

وتتمثل هذه العوامل في إصابة أحد الأعضاء المساهمة في عملية النطق والكلام، ولأنه لايمكن أن تكون عملية النطق والكلام صحيحة وناضجة، وتنمو نمواً صحيحاً لدى الطفل إلا إذا كانت هذه الأعضاء والمسارات العصبية (التي أشرنا إليها سابقاً) تقوم بوظيفتها بشكل صحيح. فمثلاً يجب أن تتوافق عملية التنفس مع عملية النطق، وكذلك تنظيم وظائف كل من الفك واللسان، والشفاه بحيث يتم التوافق مع النطق، ويجب أن تكون جميع الأعصاب سليمة لأن أية إصابة أو تلف يؤدي إلى اضطراب النطق، أو تغيير القدرة على الكلام، ويمكن أن تقع الإصابة في مستوى المسالك العصبية السمعية، أو مستوى جهاز الحنجرة. وقد أكدت الدراسات إلى أن خلل أعضاء النطق في وظيفتها وعدم

التوافق بينها قد يرجع إلى اضطراب في التكوين البنيوي، أو إلى إصابة الأعصاب الدماغية، أو القشرة المخية، أو إصابة الحلق، والحنجرة، أو الأنف والأذن، أو الرئتين بإصابات أو التهابات حادة، كما أن الالتهابات السحائية التي تصيب الأطفال تترك أثرها في منطقة (بولس بروكا القشرية) كما تؤدي هذه الالتهابات إلى تورم أو تلف بعض الخلايا العصبية، وكذلك فإن تشوه انتظام الأسنان، والضعف الجسمي الشديد وضعف الحواس وخاصة حاسة السمع، والضعف العقلي، وإجبار الطفل الأعسر على الكتابة باليد اليمنى، وإصابة الشفاه مثل (الشفة الأرنبية)، وعدم تناسق الفكين وانطباقهما على بعض، حيث يكون أحد الفكين بعيداً عن الآخر، أو أقصر منه، ممايؤدي إلى وجود فجوة، بالإضافة إلى إصابات سقف الحلق، وعيوب اللسان الذي يرتبط بأربطة عضلية طويلة أو قصيرة بحيث تعيق هذه الأربطة حركته، وحالات تورم اللسان الذي يؤدي إلى تضخم الصوت وخشونته.

ويجب ملاحظة أن المكان المصاب في جهاز الكلام يؤدي إلى تشوه نطق الحروف التي تعتمد على هذا المكان. ولابد من سلامة الغدد التي تؤثر بهرموناتها على الأعصاب والمراكز العصبية داخل المخ والجهاز العصبي، كما أن الأمراض مثل أمراض الصدر والرئتين والسل والقلب والشلل والأورام والحميات والسعال الشديد والربو وجيوب الأنف وأمراض اللوزتين ونزلات البرد، والزوائد الأنفية وانحراف وتيرة الأنف تؤثر في لغة الفرد وكلامه.

ثانياً العوامل والأسباب الاجتماعية والتربوية:

أهم هذه الأسباب عوامل التنشئة الاجتماعية، وفقر البيئة الثقافية التي تفتقر إلى الحديث الرفيع، والكلام الموجه، والتدريب المناسب للطفل، كما هو الحال لدى طفل (إيتارد) المتوحش، وفتاتي الهند المتوحشتان، وأطفال دور الأيتام والملاجئ، الذين لاتتوفر لديهم عوامل التربية والتدريب والتنشئة الاجتماعية الجيدة.

ومن بين الأسباب تقليد الأطفال للكلام المضطرب أو المضحك وإيحاء الأهل أو الأقرباء أن الطفل لديه عاهة واضطراب في كلامه. وسوء التوافق المدرسي أو الاجتماعي أو الأسري، كما أن اختلاط الأطفال بالراشدين ينمي لديهم اللغة، يضاف إلى ذلك ماأشرنا إليه في حديثنا عن اكتساب اللغة عن دور الجماعة.

وقد أكد على ذلك (هنري فالون) عندما وجد أن الطفل لايميز في بادئ الأمر بين

ذاتيته وبين الغير حتى تمر ثلاث سنوات على ميلاده، حيث أن الطفل قبل عمر الثالثة يعتمد على من حوله متمثلاً فيهم ومتطابق معهم كما يذكر ذلك (چون ديوي) فعملية عدم التمييز من جانب الطفل بين شخصيته والآخرين تنعكس على كلام الطفل، حيث نجد نفس الكلمة التي يطلقها على نفسه يطلقها على الآخرين ليعني بها الآخرين دون تمييز.

ونعلم كلنا أن الطفل في مرحلة معينة من نموه يخلط بين مفهوم (الأنا) ومفهوم (الأنت) فالطفل يعتبر نفسه غيراً آخر لأن مركز اهتمامه هو هذا الغير والغير هو المجتمع وعوامله التي تؤثر في سلوك الطفل. بحيث تصبح اتجاهاته وسلوكياته واهتماماته وكلماته نموذجاً لسلوك المجتمع المحيط بالطفل. وبهذا لاتستقر وتنمو شخصية الطفل وقدرته على الكلام إلا من خلال انتسابه إلى الجماعة واتخاذ أدوار الغير واللغة هي الواسطة لاتخاذ هذه الأدوار.

من هنا كانت اللغة تخضع لعوامل العلاقة الاجتماعية بين شخصين (الأنا، والأنت) (أو بين الأنا والهو كما يرى بعض علماء التحليل النفسي) أو بين الأنا والأنا المعمم أو الأنا مقابل الآخر المعمم أي بين المتكلم والمستمع.

وكنا قد أشرنا إلى أن انتقال الطفل إلى اللغة المقطعية يجعله عضواً في المجتمع، واللغة تصبح واسطة الاتصال بالغير، وتغيراتها، أو أشكالها هي صور من طبيعة هذا الاتصال (سوي، غير سوي). والطفل تتأثر لغته نحو الأسرة التي يعيش في داخلها والتي تمثل جماعة الأم، أو الأب، أو الإخوة أو الأخوات.

وتعتبر الأم (أو من يحل مكانها) هي أهم شخص يتأثر به الطفل، واللغة تعتبر وسيلة هامة للطفل من أجل أن يعبر إلى أمه عن مطالبه أو يتلقى منها التعليمات.

ويشير علماء التحليل النفسي إلى مفهوم التطابق بين الطفل وأمه، حيث يسقط الطفل على أمه كل مايشعر به، كما يتبنى الأفكار والسلوكيات الخاصة بأمه. وهنا يظهر تأثير الأم بوضوح على لغة طفلها، هذا التأثير الذي يتجلى لنا إذا قارنا بين لغة أطفال الملاجئ أو الذين حرموا من أمهاتهم في فترات مبكرة وبين لغة أطفال العائلات، وقد أشارت (أنا فرويد) إلى أن طفل الملجأ المحروم من عطف وحنان ورعاية أمه قد يتأخر لغوياً بحوالي ستة أشهر عن الطفل العادي (مع تثبيت باقي العوامل المؤثرة في اللغة)، كما أن

الطفل عندما يعود من المدرسة الداخلية إلى أمه نجد لغته تنشط وتتحسن، والعكس فإن طفل العائلة إذا انفصل عن أمه لسبب ما (سفر، طلاق، انفصال، وفاة ...) فإنه يفقد موهبته في النطق والكلام.

ومما لاشك فيه أن الوسط الاجتماعي لتعلم اللغة والتدريب عليها بما فيه من طمأنينة، وتشجيع، وإيجاد علاقات بين الطفل والآخرين يلعب دوراً واضحاً في نمو اللغة والعكس، كما أن طفل الأسرة المثقفة والغنية بتراثها تساعد على نمو مفردات الطفل ولغته بصورة أفضل من البيئة الفقيرة، كما أن البيئة الغنية تجعل طفلها يفهم عدد أكبر من الكلمات وأفعالاً أقل، بينما البيئة الفقيرة تزيد لدى الطفل من أفعاله وحركاته وتكون كلماته أقل.

ثالثاً: الأسباب النفسية والوجدانية:

يغلب بالنسبة لمعظم حالات الاضطراب في النطق والكلام أن لاترجع إلى أسباب عضوية كلية، أو نفسية كلية، فقد يكون سبب الاضطراب عضوي ونفسي معاً، أو نفس عضوي (كما في حالة الاضطرابات السيكوسوماتية) فمثلاً في حالة التهتهة ربما يكون السبب هو تشويه الأسنان، أو عدم انتظامها، أو يكون السبب إصابة عضوية أخرى، ولكن الطفل عندما يشعر بحالته وبصعوبة تكيّفه تتأثر طبيعته واستجاباته بالنسبة لبيئته، وربما ينعكس ذلك على طبيعة الكلام لديه، وأحياناً يجد الطفل في اضطرابه بعض المكاسب التي يمكن أن يحققها، أو أنه يشبع بعض رغباته من خلال طريقة كلامه الغير صحيحة، كأن يلفت الطفل بواسطة اضطرابه اهتمام الآخرين له وكسب رعايتهم (الأم، والأسرة) بعد رفض، ونبذ، ومشاعر إحباط ونقص. ومن الطبيعي أن في مثل هذا السلوك خطورة على الطفل حيث أن أسلوبه هذا قد يعتاد عليه ويصبح طريقه في الكلام بشكل مستمر وشبه ثابت.

ومن الضروري للأخصائي النفسي أن يقرر نوع الاضطراب وأسبابه فيما إذا كان يرجع إلى عوامل عضوية أو نفسية (عميقة) وبذلك تتحدد طريقة العلاج المناسبة، ومن العوامل النفسية الشديدة التي تؤدي إلى اضطراب الكلام حالات الفزع والقلق الشديد وحالات المخاوف المرضية كما في حالة الخوف المرضي من الكلام Speech Phobia حيث نجد الفرد المريض يخاف من الكلام ودون مبرر لذلك، ويكون ذلك بسبب عوامل نفسية أو صدمات وجدانية حادة، أو كما في حالات فقدان الكلام الهستيري حيث يفقد المريض

قدرته على النطق والكلام مع سلامة الجهاز العضوي للكلام.

وهناك عوامل الاكتئاب الشديد، وضعف الثقة بالنفس، وعدم القدرة على تأكيد الذات، وتصدع الأسرة ومشكلاتها الحادة، والحرمان العاطفي للطفل من الوالدين، أو الخوف الشديد من الوالدين على طفلهم، والرعاية والتدليل الزائدين، وحالات الانتقال المفاجئ للطفل من بيئة إلى أخرى، واضطراب النطق في حالة الحديث مع كبير أو مع جنس آخر، أو مع شخصية كبيرة، أو أمام الجماعة، وعند دخول المدرسة لأول مرة، وعند استبدال مربية بأخرى ....

وهناك أيضاً أسباب نفسية تصل إلي مستوى لاشعور الطفل كما في حالات الكبت والصراع وقلق الأمهات على كلام إبنهم مايؤدي إلى انعكاس هذا القلق على كلام الطفل ... لذلك لوحظ بأن هناك بعض الأطفال يعانون من اضطراب النطق والكلام في أوقات أو مواقف معينة دون غيرها، كما أن هناك أوقات ومواقف يتحسن فيها نطق الطفل وطلاقة اللسان، ويرى جماعة التحليل النفسي أن اضطراب الكلام يرجع إلى تثبيت Fixation في المرحلة الفمية للطفل، وإلى ذلك الارتباط بين الكلام والنزعات العدوانية نحو الأبوين، لذلك فإن معظم الباحثين يؤكدون في اضطرابات الكلام على دور الأسرة والأم خاصة هي المخاطب الأول للطفل وهي التي تسيطر على جميع أنواع العلاقات الأسرية.

فالأم القلقة لاتهتم بطفلها، ولاتشبع حاجاته العاطفية والغذائية، لذلك نجد أطفال هذه الأمهات يميلون إلى عض الأشياء، أو أقلام الرصاص، أو مضغ أطراف الملابس أو مص الإبهام، وحتى حركات الفم أثناء النوم ... الخ وفي مجرى هذه الأعراض تميل لغة الطفل إلى الاضطراب وعدم التناسق.

ويمكننا أن نضيف إلى العوامل والأسباب السابقة مايلي:

(١) اضطرابات ناتجة عن نقص القدرة السمعية:

سبق أن أوضحنا علاقة اللغة بالحواس وخاصة حاسة السمع حيث يردد الطفل ذاته أولاً ثم الآخرين بعد ذلك. وهؤلاء الذين ترجع عيوب النطق عندهم إلى نقص في القدرة السمعية يلزم أولاً تقديم العلاج الطبي اللازم لهم وتركيب السماعات إذا لزم الأمر. وبالإضافة إلى العلاج الطبي فإنه يلزم لهؤلاء الأفراد نوع آخر من العلاج الاجتماعي لتقوية

الانتباه السمعي.

(٢) اضطرابات ناتجة عن نقص القدرة العقلية:

يتقدم الطفل في عمره الزمني بينما تجده لايتقدم في نموه اللغوي فتراه لايزال يعبر عما يريده باستعمال الإشارات أو أنه يحدث أصواتاً معدومة الدلالة وقد يكون النقص العقلي نقصاً في القدرة العقلية العامة وقد يكون نقصاً في قدرات خاصة كالذاكرة أو غيرها. وتتفاوت مظاهر عيوب النطق والكلام لدى ضعاف العقول تبعاً لدرجة الضعف العقلي ذاته، فالمورون خلاف الأبله أو المعتوه ويكون السبب الرئيسي لظهور اضطرابات النطق والكلام في هذه الحالة هو عدم قدرة ضعيف العقل على اكتساب الخبرات والمعلومات وفهم المعاني وعمليات الربط بالإضافة إلى عدم القدرة على التعبير اللفظي نتيجة لنقص محصوله اللغوي.

(٣) اضطرابات ناتجة عن مرض شلل الاطفال

يتردد على مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية الكثير من الحالات المصابين بمرض شلل الأطفال والذين يشكون في نفس الوقت من صعوبات في النطق والكلام ولاشك أن الشلل يؤثر على أعضاء الجهاز الكلامي ممايترتب عليه تأخر النمو اللغوي السليم وقد أثبتت الأبحاث أن المشكلة في جوهرها مشكلة عصبية تحدث نتيجة آفة مخية يتعرض لها الطفل:

ولعلاج عيوب النطق والكلام عند هذه الحالات يلزم:

أ- العلاج الفسيولوجي لعلاج المرض نفسه

ب- العلاج الاجتماعي لتصحيح الأوضاع الخاطئة في بيئة الطفل.

جـ- العلاج النفسي لتخفيف حدة الصراع.

د- العلاج الكلامي لتدريب الطفل على النطق السليم.

وسنورد هذه العلاجات بالتفصيل فيما بعد.

أولاً: اضطرابات الكلام

(١) ضعف المحصول اللغوي وتأخر الكلام لدى الطفل

Delayed or inhibited speech

أكدت الدراسات الطبية والنفسية والتربوية ضرورة الاهتمام برعاية الأطفال الذين يعانون من تأخر في نمو كلامهم وفي نطقهم الضعيف بالنسبة لأقرانهم من الأطفال العاديين. ومما لاشك فيه بأن تحقيق الاهتمام والرعاية لهؤلاء الأطفال يعود بالنفع والفائدة عليهم وعلى مجتمعهم، ويحقق لهم النمو السليم لقدراتهم ويجعلنا نتجنب أية مضاعفات قد تترتب على انتظار الطفل حتى يتقدم في عمره، اعتقاداً بأن الطفل ستتحسن حالته بعد تقدمه بالعمر.

أسباب تأخر الطفل في كلامه:

(١) عدم سلامة الحواس، ومدى استجابة حواس الطفل لما يدور حوله من منبهات سمعية وبصرية.

(٢) إصابات الجسم الولادية، وبعد الولادية.

(٣) الأمراض وإصابات الجهاز العصبي وجهاز الكلام.

(٤) مستوى القدرة العقلية العامة.

(٥) المستوى التربوي والثقافي للأسرة.

(٦) عوامل التنشئة الاجتماعية.

(٧) العوامل النفسية والمخاوف والانفعالات وعوامل الحرمان العاطفي من الأم.

حيث يعتبر التأخر في الكلام في كثير من الحالات لدى الأطفال بسبب حرمان الطفل من أمه بسبب الانفصال أو الطلاق أو الموت أو العمل ومايسمى (بقلق الفراق) بسبب غياب الأم، ففراق الأم يؤدي إلى تأخر الكلام لدى الطفل بالمقارنة بالطفل العادي الذي يعيش مع أمه. والطفل المحروم يتأخر لغوياً وبوضوح عن الطفل العادي كما أنه يكون نشاطه الحركي محدود جداً ولاينمو نمواً سليماً. ولوحظ أنه كلما كانت فترة الحرمان العاطفي للطفل طويلة كلما ضعفت الطاقة اللازمة للاستجابة الاتصالية، ممايؤدي إلى ضعف الاتصال، وباختصار فإن الطفل المحروم وفي غياب النمو اللغوي لديه، استخدم جسمه كأداة للاتصال والتعبير.

اعراض التأخر في الكلام لدى الطفل:

تأخذ أعراض التأخر في الكلام لدى الطفل أشكالاً مختلفة وصوراً متعددة تتطلب من الاباء والمقربين ملاحظتها بدقة ومنها:

(١) الثأثأة وتأخر بدء الكلام.

(٢) اللثغة (تحويل الراء لاماً) (والسين ثاء).

(٣) التمتمة وثقل اللسان (اللفف).

(٤) عدم إظهار الكلام وإضغامه.

(٥) ضآلة المفردات واللعثمة، وعمى الكلام.

وفي مثل هذه الحالات عادة مايبحث الأخصائي فيما إذا كان الطفل يعاني من صمم جزئي أو كلي، أو لديه خلل أو اضطراب عقلي أو مصاب بشلل تشنجي. يجد الأخصائي في أجوبة الوالدين وفي ردود فعل الطفل السلوكية مثل (الخجل، والخوف، والانطواء، وسوء التوافق في الأسرة وفي المدرسة مع قضم الأظافر أو مص الأصابع أم عادات تبول غير سوية أو عدوان وعناد وكذب ... مايشعره بمشكلة الطفل) وهذه كلها مظاهر سلوكية غالباً ماتصاحب الوضع النفسي والأسري للطفل المتأخر في الكلام.

(٦) كما قد يلاحظ لدى الطفل تأخراً في الجلوس والوقوف والمشي واضطرابات عضوية غائبة.

(٧) عدم استجابة الطفل لأي شكل من أشكال الضجة أو المنبهات الصوتية يوحي بالصمم، لذلك لابد من إجراء فحص عصبي شامل.

وفي معظم حالات التأخر في الكلام نجد الطفل بالرغم من تقدمه في العمر حتى سبع إلى تسع سنوات نجده يحدث كلمات وأصوات عديمة الدلالة يستخدمها كوسيلة للتخاطب والتفاهم، كما أنه يستعين بالإشارات وبالحركات الإيمائية بواسطة الرأس واليدين مع عدم إمكانية استخدام الكلام بالطريقة المألوفة التي تعودنا سماعها، ولكن الطفل غالباً مايستخدم لغة خاصة ليس لمفرداتها دلالة لغوية واضحة، وتكون على شكل ألفاظ متداخلة لايمكن متابعتها أو فهمها بسهولة، ويلاحظ على الطفل الإبدال في الحروف وحذف بعض الأحرف وقلب الأحرف ومثال ذلك:

كلمة خلاص تنطق هلاص	كلمة روح تنطق أوح
كلمة مدرسة تنطق أسة	حرف (ذال) تنطق تال

ومفردات الطفل المتأخر دراسياً تقل عن مفردات الطفل العادي من نفس العمر والجنس بحوالي (٤٠٠-٦٠٠) كلمة، فالطفل المتأخر في كلامه في عمر الأربع سنوات نجد بالمتوسط المحصول اللغوي لديه يتراوح حوالي (٧٠٠-٨٠٠) كلمة بينما المحصول اللغوي للطفل العادي من نفس العمر يصل إلى حوالي (١٥٤٠) كلمة وهذا مايجعل الطفل المتأخر في تطور كلامه عاجزاً عن تسمية بعض الأشياء. وقد يأخذ تأخر الكلام لدى الطفل صعوبة الإجابة على الأسئلة الواضحة والسهلة التي توجه إليه أو الاكتفاء بالإجابة بنعم أو لا أو الإجابة بكلمة واحدة فقط، أو يأخذ تأخر الكلام شكل صمت أو توقف في الحديث وذلك للتعبير عن المقصود لدرجة يشعر الفرد بأنه أمام طفل متأخراً في كلامه ولغته ونطقه. ومن أهم الأعراض الشائعة للتأخر الكلامي مايلي:

(١) إحداث أصوات عديمة الدلالة والاعتماد على الحركات والإشارات.

(٢) التعبير بكلمات غير واضحة بالرغم من تقدم عمر الطفل.

(٣) تعذر الكلام بلغة مألوفة ومفهومة.

(٤) عدد المفردات يكون ضئيلاً.

(٥) الاكتفاء بالإجابة (بنعم) أو (لا) وبكلمة واحدة أو بجملة من فعل وفاعل دون مفعول.

(٦) الصمت أو التوقف في الحديث.

(٧) يصاحب ذلك اضطرابات سلوكية ونفسية شخصية.

علاج حالات التأخر الكلامي:

(١) يجب مواجهة هذه الحالات بشكل مبكر وبعد عرض الحالة على أخصائيين في الطب واللغة من أجل استخدام اختبارات وفحوص موضوعية وكذلك.

(٢) إجراء بعض الاختبارات الذاتية لتحديد موضع ضعف الطفل اللغوي، وإذا ثبت وجود اضطراب عضوي أو عصبي، يجب البدء بعلاج هذه الحالة العضوية، من قبل أخصائي.

(٣) يخضع الطفل إلى برنامج تدريب خاص يتناسب مع طبيعة العَرَضْ اللغوي الذي يعاني

منه الطفل (نقص في السمع، نقص عقلي، حذف، أو قلب، إضافة، ثأثأة، أو فأفأة ... اضطرابات أخرى).

(٤) وعادة يستخدم أسلوب التقليد اللغوي في بعض البرامج العلاجية حيث يقوم المعالج بتكرار الكلمات أو الجمل الناقصة التي يتلفظ بها الطفل مع إضافة ماهو ناقص مع تصحيح التشكيلات والألفاظ الخاطئة، أو أن المعالج يدع الطفل يتكلم ثم يشير بملاحظاته على ماقاله الطفل، ومن ثم إتاحة التحسن في دلالات الألفاظ، ويمكن في حالات تعدد الأعراض ووجود اضطرابات في القراءة أو في المهارات الإدراكية واضطرابات أخرى عضوية أو نفسية أن يشترك مجموعة من الأخصائيين في وضع مجموعة متكاملة من البرامج لمواجهة المشكلة وعلاجها. فقد يشترك الطبيب والإكلينيكي والأخصائي النفسي والمرشد النفسي في جهود متكاملة مع مراعاة قدرات الطل المصاب بتأخر الكلام. ويجب أن لاننسى تعاون الأسرة والمدرسة وتتبع الحالة ودراسة شخصية الطفل من جميع الجوانب وحتى يتم التحسن بالقدر المستطاع.

ثانيا: اضطرابات النطق Articulation disorders

١- اضطرابات إبدالية Substitution

٢- اضطرابات تحريفية Distoration

٣- اضطرابات حذف أو إضافة Omission & addition

٤- اضطرابات ضغط Pressure

٥- عيوب نطق أخرى تصاحب اضطرابات كلامية أخرى.

تتركز اضطرابات النطق على عملية وطريقة النطق، وكيف تتم، وطريقة لفظ الحروف وتشكيلها، وإصدار الأصوات بشكل صحيح، وعيوب النطق متعددة وهي من العيوب الشائعة وخاصة لدى الأطفال من أعمار (٥-٧) سنة،وهي تتناول الأحرف الساكنة والمتحركة، وأسلوب نطق الكلمات ... ومن أهم اضطرابات النطق مايلي:

(١) الاضطرابات الإبدالية:

وهي عبارة عن إبدال حرف يجب أن يأتي بالكلمة بحرف آخر لالزوم له، ويشوه عملية النطق، كأن يستبدل الطفل حرف (س) بحرف (ش) أو حرف (ر) بحرف (ل)، ومن

أبرز الحالات هي استبدال حرف السين (س) بالحرف (ث) فيؤدي إلى مايسمى بالثأثأة Sigmatism . والسبب في ذلك بروز طرف اللسان خارج الفم، وينتشر هذا العرض لدى الأطفال (فعمر السنة الدراسية (٥-٧) سنة، حيث تبدأ مرحلة تبديل الأسنان، والأطفال لايدركون بأن نطقهم يختلف عن نطق الآخرين، ولكنهم يشعرون بالضيق عندما يرون بأن الآخرين لايفهمون كلماتهم جيداً.

وفي بعض الحالات نجد الطفل يقوم بتبديل أكثر من حرف في كلامه، ومثل هذه الحالات تحدث كما أشرنا بسبب تبديل الأسنان أو بسبب عدم انتظام الأسنان من حيث الكبر أو الصغر، والتطابق، والقرب والبعد، وخاصة الأضراس الطاحنة، والأسنان القاطعة، وقد تحدث هذه الحالات (الثأثأة) بسبب حالات وظيفية التي لاشأن لها بالناحية البنيوية العضوية، ويكون السبب الخوف الشديد، أو الانفعال لدى الطفل، أو عامل التقليد.

ومن الحالات الشائعة أيضاً في هذا الاضطراب إبدال حرف (س) إلى (ش) وتسمى هذه الحالة lateral sigmatism ويكون ذلك بسبب مرور تيار الهواء من تجويف ضيق بين اللسان وسقف الحلق.

وهناك إبدال حرف (س) بحرف (د) وحرف (د) إلى (ل) ويسمي علماء اللغة هذه الحالات الإبدالية اسم partial dyslalia أي (صعوبة النطق الجزئية) حيث يكون كلام الطفل واضحاً في شكله العام عدا هذا الاضطراب في نطق حرف أو أكثر.

(٢) اضطرابات تحريفية Distoration disorders

وتكون هذه الاضطرابات عندما يصدر الصوت بشكل خاطئ، والصوت الجديد لايبتعد كثيراً عن الصوت الحقيقي الصحيح، وتنتشر هذه الاضطرابات لدى الأطفال الأكبر عمراً ويكون ذلك في حالة ازدواجية اللغة لدى الصغار أو بسبب طغيان لهجة على لهجة أخرى، أو بسبب سرعة تطور الكلام لدى بعض الأطفال، ويتحسن المريض بشكل تلقائي، ويمكن أن تنتج هذه الحالات بسبب شذوذ خلقي في الأسنان، والشفاه، والفك، ويشتبه عادة بوجود ضعف عقلي مصاحب لهذه الحالات وخاصة إذا دام هذا الاضطراب بعد عمر (١٢) سنة.

(٣) اضطرابات حذف أو إضافة Omission or addition

في هذا الشكل من الاضطراب يقوم الطفل بحذف بعض الأحرف (أو الأصوات) التي تتضمنها الكلمة، وبالتالي ينطق الطفل جزءاً من الكلمة بحيث يكون كلامه غي مفهوماً أو واضحاً، وغالباً ماتتركز عمليات الحذف في نهاية الكلمات وبالنسبة للأحرف الساكنة، والعكس عن ذلك هناك حالات ينطق فيها الطفل حرفاً أو (صوتاً) زائداً عن الكلمة الصحيحة، ممايجعل الكلام غير واضحاً أو مفهوماً، ومثل هذه الحالات إذا استمرت مع الطفل أدت إلى صعوبة في النطق.

(٤) اضطرابات الضغط Pressure disorders

بعض الأحرف (الساكنة) تتطلب من الفرد من أجل نطقها بشكل صحيح أن يضغط بلسانه على أعلى سقف الحلق، فإذا لم يتمكن الفرد من ذلك فإنه لايستطيع إخراج بعض الأحرف بالشكل الصحيح. ومن هذه الأحرف التي تتطلب عملية الضغط (الراء، واللام)، وقد يرجع ذلك إلى اضطراب خلقي في سقف الحلق (القسم الصلب منه) أو اضطراب في اللسان والأعصاب المحيطة به.

ويمكن أن توجد جميع هذه الأشكال من اضطرابات النطق لدى الطفل، كما أن الطفل يمكن أن يعاني من اضطراب واحد، ومعظم اضطرابات النطق هذه تكون غير ثابتة وتتعدل مع نمو الطفل ونضجه، كما أن مثل هذه الاضطرابات يمكنها أن تظهر في بعض المواقف دون غيرها وهي تتأثر بشدة بالنواحي الانفعالية، والنفسية.

(٥) اضطرابات اخرى

يمكن أن نضيف لاضطرابات النطق السابقة الحالات التي يصعب فيها على (الطفل الكبير) أن ينطق الأحرف والكلمات مع مراعاة حركاتها وقواعد اللغة. هذا بالإضافة إلى اضطراب نجد فيه الطفل (أو الراشد) يكرر نطق حرف معين بشكل آلي. (ترديد الصوت)، يؤكد على هذا الحرف كما في ترديد حرف (التاء) في النطق، أو ترديد حرف الفاء (الفأفأة)، (والتأتأة) وتسمى مثل هذه الحالات من اضطرابات النطق (بالنطق الآلي) الذي يتردد بشكل يشوبه الضغط والصلابة والجمود والتقطع.

وهناك بعض اضطرابات النطق التي تأخذ شكل صعوبة كلية في النطق، وفيها

يكون الكلام غير واضحاً ، وغير مفهوماً، ويطلق العلماء على مثل هذه الحالات اسم Universal Dyslalia . وفي الحالات الشديدة تسمى Idio-glssia أي الكلام الخاص أو الذاتي. وفي هذه الحالات يكون الكلام من حيث النطق متداخلاً ومضغوطاً مع بعض.

ويحدث أن ينطق الطفل المصاب بكلمات خاصة ليس لها دلالة لغوية (لوحظت مثل هذه الأعراض في (الأفازيا) ومثل هذه الحالات الشديدة ترجع إلى عوامل عقلية، وسمعية، وعضوية مرضية، وعصبية، كما قد ترجع إلى عوامل ولادية أو قبل ولادية أو إلى حوادث وأمراض.

أما الأسباب الوظيفية وهي الغالبة لدى الأطفال فترجع إلى عوامل نفسية، أو إلى عوامل التنشئة الاجتماعية أو التقليد، والتعلم الخاطئ للكلام في سنوات النمو المبكرة.

تشخيص اضطرابات النطق والكلام:

أولاً يجب البدء بتشخيص حالات اضطرابات النطق والكلام بصورة مبكرة قبل عمر المدرسة. وتتخذ بعض الخطوات الأساسية لتشخيص الحالات:

(١) **تاريخ الحالة:** وذلك لمعرفة طبيعة المشكلة ومن الذي بدأ يشعر بها (الوالدين، المدرسين، الأطباء، ... الخ) وكذلك معرفة التاريخ التطوري والنمائي للفرد في الحمل والولادة، والكلام، والمشي ...

(٢) **القياس العقلي:** لتحديد ذكاء الطفل وماإذا كان الطفل متخلف عقلياً أم لا؟

(٣) **تحديد نوع المشكلة:** يمكن التأكد من وجود عيوب النطق والكلام لدى الطفل وكذلك نوع المشكلة كمايلي:

أ- تسجيل عينة من كلام الطفل أثناء استجابته لبعض الأسئلة.

ب- سؤال الطفل إعادة جملة معينة وراء القائم بالتشخيص أو ترديد كلمات معينة لمعرفة عيوب الهجاء.

جـ- سؤال الطفل ترديد بعض الحروف أو الأصوات.

د- الحصول على عينة من حديث الطفل العادي.

وبهذا تساعد هذه الأساليب في تحديد المشكلة واقتراح العلاج المناسب لها.

(٤) **تحديد أسباب المشكلة:** يحاول المعالج هنا تحديد أسباب اضطرابات النطق لدى الطفل

سواء كانت في اللغة أو الهجاء أو القواعد ... الخ.

ويحاول القائم بالتشخيص هنا ملاحظة حركة الشفاه وشكلها وعيوب الأسنان وتركيب اللثة ومدى كفاءتها، كفاءة الحنجرة، وبهذا يمكن تحديد أي سبب عضوي للمشكلة.

كما يجب تحديد الظروف الأسرية (أو البيئية) التي قد تلعب دوراً في المشكلة. ويجب تحديد عيوب السمع أو تأخر النمو اللغوي (أي نمو أجهزة الكلام) أو وجود شق حلقي، والإصابات المخية إن وجدت. وقد يحتاج المعالج تحويل الطفل إلى أخصائي أنف وأذن وحنجرة، أو طبيب أعصاب ... الخ.

تحويل الطفل للعلاج: هنا يتم تحويل الأطفال للعلاج طبقاً لدرجة المشكلة ومدى استجابتهم للعلاج، كما يجب تحديد الأطفال الذين يمكن أن تنتهي مشكلتهم مع الوقت (مع النمو).

وهناك مراكز خاصة متخصصة في علاج اضطرابات النطق.

علاج حالات اضطراب النطق والكلام:

كما اتضح سابقاً من حالات التشخيص أنه لابد من علاج طبي ونفسي وبيئي وليس هناك طريقة محددة، وإنما عدة طرق تختلف حسب الحالات:

(١) يوضع عادة برنامج تدريبي متكامل يشتمل على تمرينات في الاسترخاء الجسمي.

(٢) تمرينات رياضية لتقوية عضلات الصدر والحلق والفم والوجه واللسان.

(٣) تمرينات تتصل بمخارج الحروف.

(٤) تمرينات خاصة بالتنفس والتحكم بخروج الهواء من الفم أو الأنف، وعادة يقوم المعالج بتدريب الطفل على صوت واحد حتى يتقنه الطفل.

(٥) تستخدم الوسائل التي تتناسب وعمر الطفل مثل اللعب والصور والقصص.

(٦) يقوم المعالج بإجراء تدريبات على التحكم في حركات اللسان داخل الفم وخارجه مع نطق الحرف المحذوف مثل (س) ويمكن الاستعانة بالمرآة.

وعادة تمتد جلسة التدريب من (٢٠-٣٠) دقيقة، وأسبوعياً من (٤-٥) جلسات علاجية.

(٧) في بعض اضطرابات النطق توضع في الفم زجاجة رفيعة ومجوفة وتكون الشفتان مفتوحتان ويتدرب الطفل على النفخ في هذه الأنبوبة حيث يندفع الهواء بين فتحتي

الأسنان الصغيرة ويتم النطق بالحرف (س) بشكل صحيح.

(٨) وفي بعض الحالات يمكن تحضير قطع شمعية تذاب قليلاً في ماء ساخن ثم توضع على الأسنان من الخارج، ويتم قطع مثلث صغير أمام الأسنان الأمامية، وبعد أخذ القياس المناسب توضع قطعة الشمع في الماء البارد، ثم يستخدم بعد ذلك للتحكم في إخراج الهواء ولفظ الحرف (س) بشكل صحيح.

(٩) يرى بعض علماء اللغة أنه يفيد في علاج اضطرابات النطق تطبيق مبادئ نظريات التعلم من تشجيع، ودافعية، وتدعيم، للسلوك المرغوب فيه (التعزيز السالب والموجب) وكذلك مبادئ الإشراط في التعلم، وخاصة في حالات اضطرابات النطق التي ترجع إلى عوامل اكتساب وتنشئة، وعادات كلامية خاطئة وتقليد (معظم هذه الحالات ترجع إلى عوامل وظيفية أكثر منها عضوية).

ويمكن تطبيق طرائق العلاج السلوكي وتعديل السلوك Behaviour Modification بحيث تم تحديد شدة الخطأ (عدد مرات تكرار الحرف الخاطئ) ثم استثارة السلوك الصحيح، وتوفير مواقف تساعد على ظهور الاستجابة الصحيحة (المقترنة بالمكافأة مثلاً) والعمل على كف Inhibition أو إطفاء الاستجابة اللفظية الغير صحيحة.

ويمكن أن نلخص الأساليب العلاجية لاضطرابات النطق والكلام فيمايلي:

أولاً: *العلاج الفسيولوجي الجراحي*:

وذلك لعلاج النواحي العضوية التي قد تكون سبباً في ظهور اضطرابات النطق والكلام مثل الزوائد الأنفية والحلقية أو التهاب اللوزتين أو شق سقف الحلق أو الشفة العليا. ويكون العلاج إما بالعقاقير أو الإجراء الجراحي أو بالأجهزة التعويضية من سماعات لضعاف السمع ونظارات لضعاف البصر وأجهزة للمصابين بشلل الأطفال.

ثانياً: العلاج الاجتماعي

ويبدأ بالبحث الاجتماعي المبدئي الذي ينير الطريق أمام جميع وسائل العلاج الأخرى ولكن يراعى الابتعاد عن إرهاق الطفل بالأسئلة الكثيرة أو الطويلة أو التي فوق مستواه العقلي، ويجب أن نستعين بالوالدين وخاصة الأم للكشف عن حياة الطفل في سنواته الأولى منذ ولادته، وهل كانت عادية أو متعثرة أو مبتسرة، ثم الرضاعة ونوعيتها طبيعية

أو صناعية، والفطام وموعده وطريقته، ومواعيد تعلم المشي وبدء الكلام وضبط الإخراج، والأمراض التي أصيب بها والأزمات التي مرت بالأسرة، وكان لها أثر في تكوين شخصية الطفل. وعلاقاته بإخوته ووالديه ورفاقه، كما يؤخذ رأي المدرسين في شخصية الطفل وحالته العامة وسلوكه المزاجي والانفعالي داخل الفصل وخارجه، ومستواه التعليمي في كل مادة على حدة وعدد مرات رسوبه خلال سنوات الدراسة وأيضاً نرى ضرورة الاستعانة برأي المشرفة الاجتماعية والزائرة الصحية إن وجدتا بالمدرسة، أما عن الإصابة نفسها فيجب تحري الدقة في وصف مظاهرها وتاريخ حدوثها وتطورها والعلاجات السابقة.

وبعد البحث الاجتماعي تتجه مهمة الأخصائي الاجتماعي إلى المساهمة في تخفيف حدة الصراع النفسي وخاصة جذوره التي ترجع إلى أسباب اجتماعية، وإصلاح ماقد يكون موجوداً في بيئة الطفل من انحرافات أو عيوب، وعلى الأخصائي الاجتماعي أن يرتفع بالبيئة المنزلية للطفل من كافة النواحي الثقافية والاجتماعية والتربوية والاقتصادية حتى تكون مناسبة لتربية الطفل وعاملاً مساعداً في العلاج بدلاً من أن تكون عاملاً معوقاً.

ولما كان التقليد من عوامل ظهور اضطرابات الكلام، لذلك يجب التأكد من عدم وجود أفراد داخل بيئة الطفل يعانون من عيوب في النطق أو الكلام.

ويرى بعض المتخصصين أن للمعسكرات فائدة كبرى في إصلاح عيوب النطق والكلام حيث تبتعد بالطفل عن بيئته التي كانت سبباً في ظهور هذا العيب عنده أو التي تعود فيها على ألفاظ نابية ترفضها بيئة المدرسة أو التي يقلد فيها أحد الكبار المصابين بعيوب النطق، وعن طريق هذه المعسكرات ينسى الطفل آثار بيئته، بل في كثير من الأحيان ينسى مرضه نفسه ويتحسن بسرعة لم تكن متوقعة.

ثالثاً: العلاج النفسي

نفسية المصاب باضطرابات النطق والكلام

نتيجة لتعرض المصاب باضطرابات النطق والكلام للسخرية والنقد أو على أحسن الفروض يكون موضع عطف المحيطين به -فإن شخصيته تتميز بمايلي:

١- الشعور بالنقص.

٢- نقص قدرة الفرد في الاعتماد على نفسه.

٣- الانطواء والعزلة. ٤- عدم تقبل الآخرين.

٥- قلة عدد الأصدقاء وصعوبة تكوين صداقات جديدة.

٦- عدم الميل إلى التعاون مع الآخرين. ٧- البعد عن مجالات المنافسة.

٨- عدم الاستعداد لتحمل المسئولية. ٩- عدم الشعور بالسعادة.

١٠- التردد، والخجل، واليأس.

العلاج النفسي:

الهدف من العلاج النفسي هو تخفيف حدة الصراع ومساعدة المصاب على استعادة الثقة بالنفس ويتخذ العلاج للمصابين بالاضطرابات في النطق والكلام عدة طرق وفقاً للمدرسة التي ينتمي إليها المعالج النفسي:

١- طريقة اللعب حيث يراقب الطفل أثناء لعب حر غير مقيد ظناً منه أنه بعيداً عن أعين الرقباء، ثم تسجيل استجابات الطفل وتحليلها بغية التوصل إلى الدوافع الأصلية.

٢- التحليل بالصور بأن تعرض على الطفل بطاقات بها صور معينة لمناظر ومواقف تسترعي انتباه الأطفال وتجعلهم يصفون مشاعرهم أو يطلب منهم أن يقصوا قصصاً تدور حول هذه الصور.

٣- هناك أعداد لاحصر لها من اختبارات الشخصية التي تفيد في الكشف عن شخصية المصاب واتجاهاته وانفعالاته.

٤- الإيحاء وذلك بأن يردد المعالج أمام الطفل عبارات إيجابية توحي إليه بأن حالته ليست مستعصية وأنه في تحسن مستمر.

٥- الإقناع وذلك بمناقشة المصاب في مشكلته وتوضيح الأسباب التي أدت إلى هذا الموقف وإمكانية العلاج.

٦- الاسترخاء وهي طريقة لتدريب المصاب على إرخاء عضلاته عامةً وعضلات جهاز الكلام بالتالي. وهذا الاسترخاء الجسماني يؤدي إلى استرخاء آخر ذهني وانفعالي ممايؤثر بنجاح في علاج اللجلجة.

٧- أمكن حالياً الاستعانة ببعض العقاقير المهدئة التي أفادت إلى حد كبير في علاج أمراض الكلام.

رابعاً: العلاج الكلامي :

ويقوم به مختصون في العلاج الكلامي لتدريب المصاب على عدد من الأعمال منها :

(١) تمرينات اللسان والشفاه وسقف الحلق.

(٢) استخدام طريقة النفخ بواسطة أنابيب اسطوانية.

(٣) الاستعانة بمرآة لمعرفة حركات الشفاه واللسان.

(٤) تمرينات البلع والمضغ.

(٥) تمرينات التنفس وخاصة التدريب على أن يكون الشهيق من الأنف.

(٦) تمرينات نطق الحروف والتعريف بمخارجها. ولمعرفة مخرج الحرف ينطق بعد إضافة حرف الألف إليه فمثلاً لمعرفة مخرج حرف (س) ننطق (اس) ولمعرفة مخرج حرف (ل) ننطق (ال).

(٧) الاسترخاء الكلامي وهي طريقة لها بطاقات خاصة بكلمات وعبارات معينة يقولها المصاب تحت إشراف المعالج.

(٨) تعليم الكلام من جديد بأن ينطق المعالج بكلمات معينة وحروف معينة يرددها المصاب بعده.

(٩) تمرينات الكلام الإيقاعية سواء باستخدام نقرات الأصابع أو وقع الأقدام أو تطويح الذراع مع كل كلمة أو غير ذلك.

(١٠) طريق النطق المضغي ويبدأ بالمضغ الصامت ثم إحداث أصوات أثناء المضغ ثم الكلام الممضوغ.

(١١) القراءة الجمعية أو الغناء الجمعي أو الكورس وخاصة الأناشيد والأغاني المحببة إلى الأطفال، والغرض منها تحويل انتباه المصاب عن كلامه المضطرب وشعوره أن أحداً لن يتنبه إلى عيوبه.

- أي أنواع العلاج أجدى؟
- كيف نبدأ ؟
- هل يكفي العلاج الطبي أو الجراحي؟
- هل يكفي العلاج الكلامي؟
- هل يكفي العلاج النفسي والاجتماعي؟

لقد أثبتت الأبحاث والتجارب العملية أن العلاج يكون غالباً بالترتيب التالي:

(١) البحث الاجتماعي الأولي.

(٢) العلاج الطبي أو الفسيولوجي.

(٣) الإجراء الجراحي (إن استلزم الأمر).

(٤) العلاج الاجتماعي وإصلاح البيئة.

(٥) العلاج النفسي لإزالة التوتر والصراع.

(٦) العلاج الكلامي.

ولكن ليس معنى هذا ألا نبدأ في نوع من العلاج إلا بعد الانتهاء من المرحلة السابقة، حيث جميع هذه المراحل متداخلة وفي وقت واحد تقريباً، ولايمكن مثلاً البدء بالعلاج الكلامي قبل الإجراء الجراحي. أو تخفيف حدة الصراع النفسي، وكذلك العلاج النفسي لايتم في فراغ بل يعتمد على البحث الاجتماعي وتعاون الأخصائيين الاجتماعيين.

وأخيراً نرى أن الجميع يعملون كفريق يتعاون وكل من الطبيب والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي وأخصائي الكلام يكمل عمل كل منهم أعمال الآخرين، ولابد أن يتعاون كل منهم مع باقي زملائه لنصل بالحالة إلى العلاج الصحيح.

الفصل الثالث

اضطرابات الصوت

الفصل الثالث

اضطرابات الصوت Voice disorders

لقد أشرنا في حديثنا في جهاز الكلام إلى وظيفة الحبال الصوتية والعضلات المحيطة بالحنجرة وإلى أن الفتحة بين الحبال الصوتية (فتحة المزمار) يجب أن تكون ضيقة إلى حد ما حتى لاتسمح بهروب الهواء إلا تحت تأثير الضغط المناسب الذي يسمح بإطلاق الأصوات والكلمات بشكل طبيعي. إلا أنه من غير الطبيعي أن تصبح هذه الفتحة ضيقة جداً بحيث تعرقل اهتزاز الحبال الصوتية وتؤدي إلى عدم توافق اهتزاز الحبال الصوتية، مما يؤدي إلى عيب في الكلام وفي إخراج الأصوات، وقد يحدث هذا العيب بسبب عوامل كثيرة سنأتي إلى ذكرها، ولكن مايهمنا هو الإشارة إلى أن اضطرابات الصوت ترجع إلى خلل في الميكانيزم الوظيفي للحبال الصوتية، وفي طبقة الصوت وشدته، ويصبح الصوت غير مناسباً لعمر وجنس المتكلم، ولموقف الكلام وغير مألوفاً ويصعب فهمه بسهولة ويطلق عادة على اضطرابات الصوت هذه اسم Dysphonias وهذه الأصوات أقل شيوعاً من اضطرابات النطق إلا أن اضطرابات الصوت تلفت النظر وتلقي اهتماماً بسبب مايترتب عليها من مشكلات تتعلق بالاتصال الشخصي والتوافق البيني لدى الفرد وماتؤدي إليه هذه المشكلات من مشاعر النقص والخجل.

وهنا يبرز سؤالين هما: ماهو الصوت العادي؟ ... ومتى يصبح الصوت غير عادي؟ لما كان الصوت يعتبر نتيجة لعملية تعلم انتقائي تعتمد على بعض المتغيرات مثل السن والجنس والمكانة الاجتماعية فالصوت الطبيعي يتميز بطول الوقت المستغرق في قراءة الجملة، طول الفواصل، كثرة التغير في مقام أو طبقة الصوت من حيث الارتفاع والانخفاض بينما يفتقر الصوت غير العادي إلى مثل هذه الخصائص. ولما كان الصوت يتناسب مع جنس الفرد وعمره الزمني، فالصوت السليم يجب أن يكون مرغوب أي يدخل السرور على السامع، خالي من البحة، الخشونة أو الغلظة والهمس، كما أنه صوت معبر يتميز بالمرونة وعلى درجة كبيرة من الوضوح.

وتمثل اضطرابات الصوت نسبة من ٥ إلى ١٥٪ من اضطرابات النطق والكلام. وترجع ٧٥٪ من اضطرابات الصوت إلى أسباب وظيفية، بينما ترجع ٢٥٪ الباقية إلى

أسباب عضوية كاضطرابات الصوت الناشئة عن مشكلة ذات أصل تشريحي مثل وجود ورم في الأوتار الصوتية أو إصابة هذه الأوتار بشلل. وتنتشر اضطرابات الصوت بين الذكور بنسبة أكبر عنها لدى الإناث يتأثر صوت الفرد بحالته الانفعالية كما يتأثر كذلك بعملية التواصل بين الفرد والآخرين، ونجد أن بعض الأصوات تتميز بأنها سارة ومريحة، والبعض الآخر بين هذه الأصوات غير مريح.

خصائص الصوت والاضطرابات المرتبطة به :

توجد مجموعة من خصائص الصوت يجب الإلمام بها قبل محاولة التعرف على اضطرابات الصوت، هذه الخصائص الصوتية والاضطرابات المرتبطة بها هي كمايلي:

(١) طبقة الصوت Pitch

تشير طبقة الصوت إلى مدى ارتفاع صوت الفرد أو انخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقي، يعتاد بعض الأفراد استخدام مستوى لطبقة الصوت قد يكون شديد الارتفاع أو بالغ الانخفاض بالنسبة لأعمارهم الزمنية أو تكويناتهم الجسمية. نجد أمثلة لذلك في تلميذ المرحلة الثانوية الذي يتحدث بطبقة صوتية عالية أو طفلة الصف الأول الابتدائي التي يبدو صوتها كما لو كان صادراً من قاع بئر عميق. هذه الانحرافات في طبقة الصوت لاتجذب انتباه الآخرين إليها فقط بل ربما ينتج عنها أيضاً أضراراً في الميكانيزم الصوتي الذي لايستخدم في هذه الحالة استخداماً مناسباً.

تضم حالات اضطراب طبقة الصوت أيضاً الفواصل في الطبقة الصوتية Pitch Breaks (التي تتمثل في التغيرات السريعة غير المضبوطة في طبقة الصوت أثناء الكلام) والصوت المرتعش الاهتزازي Shaky Voice والصوت الرتيب monotone Voice أي الصوت الذي يسير على وتيرة واحدة في جميع أشكال الكلام.

(٢) شدة الصوت Intensity

تشير الشدة إلى الارتفاع الشديد والنعومة في الصوت أثناء الحديث العادي، الأصوات يجب أن تكون على درجة كافية من الارتفاع من أجل تحقيق التواصل الفعال والمؤثر، كما يجب أن تتضمن الأصوات تنوعاً في الارتفاع يتناسب مع المعاني التي يقصد المتحدث إليها، وعلى ذلك فإن الأصوات التي تتميز بالارتفاع الشديد أو النعومة البالغة تعكس عادات شاذة في الكلام، أو قد تعكس ماورا ءها من ظروف جسمية كفقدان السمع

أو بعض الإصابات النيرولوچية والعضلية في الحنجرة.

(٣) نوعية الصوت Quality

تتعلق نوعية الصوت بتلك الخصائص الصوتية التي لاتدخل تحت طبقة الصوت أو شدة الصوت بمعنى آخر تلك الخصائص التي تعطي لصوت كل فرد طابعه المميز الخاص. يميل البعض إلى مناقشة مشكلات رنين الصوت Resonance ضمن مناقشتهم لنوعية الصوت، إلا أننا نفضل مناقشة رنين الصوت والاضطرابات المرتبطة به منفصلاً عن نوعية الصوت واضطراباته.

تعتبر الانحرافات في نوعية الصوت ورنينه أكثر أنواع اضطرابات الصوت شيوعاً. اختلفت المسميات والمصطلحات التي استخدمها أخصائيو عيوب الكلام لوصف وتمييز اضطرابات نوعية الصوت. ورغم هذا الاختلاف يمكن تمييز أهم اضطرابات الصوت.

(أ) الصوت الهامس Breathiness

ويتميز بالضعف والتدفق المفرط للهواء وغالباً مايبدو الصوت وكأنه نوع من الهمس الذي يكون مصحوباً في بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت.

(ب) الصوت الغليظ الخشن Harshness

وغالباً مايكون صوتاً غير سار ويكون عادة مرتفعاً في شدته ومنخفضاً في طبقته. إصدار الصوت في هذه الحالات غالباً مايكون فجائياً ومصحوباً بالتوتر الزائد.

(جـ) بحة الصوت (الصوت المبحوح) Hoarseness

ويوصف الصوت المبحوح على أنه خليط من النوعين السابقين (الهمس والخشونة معاً) وفي كثير من هذه الحالات يكون هذا الاضطراب عرضاً من أعراض التهيج الذي يصيب الحنجرة نتيجة للصياح الشديد أو الإصابة بالبرد أو قد يكون عرضاً من الأعراض المرضية في الحنجرة. ويمثل الصوت الذي يتميز بالبحة لأن يكون منخفضاً في الطبقة وصادراً من الثنايات الصوتية.

(٤) رنين الصوت Resonance

يشير الرنين إلى تعديل الصوت في التجويف الفمي والتجويف الأنفي أعلى الحنجرة، وترتبط اضطرابات رنين الصوت عادة بدرجة انفتاح الممرات الأنفية، عادة

لاتتضمن اللغة سوى أصواتاً أنفية قليلة في المواقف العادية ينفصل التجويف الأنفي عن جهاز الكلام بفضل سقف الحلق الرخو أثناء إخراج الأصوات الأخرى غير الأنفية. فإذا لم يكن التجويف الأنفي مغلقاً فإن صوت الفرد يتميز بطبيعة أنفية (أي كما لو كان الشخص يتحدث من الأنف). تعتبر الخمخمة (الخنف) والخمخمة المفرطة خصائص شائعة بين الأطفال المصابين بشق في سقف الحلق Cleft Palate . تحدث الحالة العكسية عندما يظل تجويف الأنف مغلقاً في الوقت الذي يجب أن يكون فيه هذا التجويف مفتوحاً لإخراج الحروف الأنفية.

(٥) الصوت الطفلي:

وهو الصوت الذي نسمعه لدى الراشدين أو الكبار ويشبه في طبقته الصوتية طبقة صوت الأطفال الصغار، (الصوت الرفيع والحاد) بحيث يشعر السامع بأن هذا الصوت شاذاً لايتناسب مع عمر وجنس ومرحلة نمو الفرد المتكلم، ومن المعلوم أن الصوت البشري يتطور ويتغير عادة في مرحلة الطفولة، ولدى الأطفال الصغار، وفي مرحلة البلوغ، ولدى الراشدين، وقد تستمر بعض عادات التصويت والكلام لدى الأطفال في حياة الراشدين، والسبب في ذلك غير واضح حتى الآن، إنما يرجع البعض هذه الظاهرة إلى عوامل وراثية وخلقية، أو إلى إصابات تصيب الأطفال في صغرهم مثل النزلات الصدرية، والتهاب الأعضاء الصوتية وقد يكون سبب هذه الظاهرة وظيفي يرجع إلى بعض العوامل النفسية العميقة لدى الفرد والتي ترجع إلى طفولته، وتجعله يسلك في أصواته وهو راشد سلوك الصغار في أصواتهم (نكوص في الصوت والكلام إلى مرحلة سابقة من النمو).

العوامل المسببة لاضطرابات الصوت

الأسباب العضوية وغير العضوية (الوظيفية) التي تؤدي إلى الاضطرابات الصوتية كثيرة ومتنوعة:

اولا: الأسباب العضوية :

لقد أشرنا فيماسبق إلى بعض هذه الأسباب التي أبرزها إعياء الجهاز العضوي الصوتي (زيادة الفاعلية الحركية) ومايتبع ذلك من نقص أوضعف في هذه الفاعلية الحركية، ومعظم أسباب الاضطرابات الصوتية تتركز على جعل الحبال الصوتية لاتقوم بوظيفتها بشكل طبيعي. فمثلاً عندما تكون الفتحة ضيقة جداً بين الحبلين، الصوتيين فإنها

تعرقل حركة الهواء الآتي من الرئتين، وإن الاضطراب الذي يطرأ على اهتزاز الحبال الصوتية يؤدي إلى اضطراب في الصوت ... والأسباب بشكل عام يمكن أن تكون وراثية أو مكتسبة متعلمة، أو ترجع إلى إصابات الشلل، والزهري، والسل، والأورام وغير ذلك، وخاصة الإصابات الصدرية التي تعطل التنفس ولاتوفر الكمية اللازمة من التنفس، وكذلك اضطرابات الهرمونات الغددية، والالتهابات الدماغية، والتهاب اللوزتين والجيوب الأنفية التي تغير من حجم التجاويف وتجعلها عاجزة عن تغيير شكلها حسب النطق ولإخراج اللحن المناسب.

ومن أهم الأسباب التي تصيب الحبال الصوتية والجهاز الحنجري وتؤدي إلى اضطرابات الصوت هي:

(١) الشلل الانثنائي الخلفي للحبال الصوتية معاً أو لحبل صوتي واحد يجعله دائماً منخفضاً عن الحبل الصوتي السليم، وهذا مايزيد من فتحة الحنجرة، وحجم الهواء. أما شلل الحبلين معاً فهو نادراً مايحدث، وإذا حدث يبقى التنفس عادياً ولكن الكلام صعباً أو مستحيلاً. وفي الحالة الأولى تكون الاهتزازات لدى الحبلين الصوتيين مختلفة وغير متساوية.

(٢) التهاب الغضروف المحرك للحنجرة: ويحدث ذلك في حالات الإصابة الفيروسية، أو بعد نزلة برد حادة، أو بسبب إعياء عضلي كما يحدث لدى المطربين، ويلاحظ في مثل هذه الحالات تورد الحبال الصوتية، وليونة شديدة فيها، يجعل اهتزازها غير طبيعياً أو متناسقاً، وقد يصاب الغضروف الحنجري ممايجعل حركته ناقصة أو جامدة، وهذا مايؤدي إلى رتابة الصوت وخشونته.

(٣) سوء تغذية الحبال الصوتية: ويكون ذلك بعد حدوث صدمات صوتية إما بسبب الإفراط في التصويت كالقراءة بصوت مرتفع لمدة طويلة، أو الإكثار من الصوت الغنائي ولمدة طويلة وبنفس الإيقاع والنغم، ويمكن أن يتبع ذلك إجهاد، وبح، والتهابات حنجرية وأحياناً مرض الأعضاء والأجهزة الصدرية أو الهضمية، وتكون الحبال الصوتية متشنجة، ومقعرة الشكل، ويمكن أن يحدث فيها انتفاخ مرضي، أو تجمعات دموية وآلام عند جسّها من وراء الغضروف الحنجري عند الدرقية، وتنخفض المقاومة العضلية للحبال الصوتية ممايؤدي إلى تعب الصوت وتعب الفرد، ومثل هذه

الأعراض قلما تظهر فجأة، هي تكثر لدى النساء وخاصة بسبب الأمراض الهرمونية ومشكلات الدورة الطمثية، ولدى المغنيات بشكل واضح.

(٤) وهناك أيضاً مايسمى بقرحة الاتصال، وهي قرحة تصيب قاعدة الحبل الصوتي وتكثر هذه الحالات لدى الرجال، وتكون بسبب إصابات حنجرية سابقة ومتراكمة تؤدي إلى نقص حركات غضروف الحنجرة، والحبال الصوتية، والمريض يشعر بآلام بعد الكلام.

(٥) ومن الأسباب أيضاً الأورام البسيطة، أو المستقرة وفي مستوى الحنجرة، في الثلث الأول العلوي من الحبال الصوتية، ومثل هذه الحالات تؤدي إلى تسرب الهواء من خلف الحبال الصوتية، وخفة الضغط، وعدم الترتيب الصوتي، ويكون الصوت لاطابع له.

(٦) ومن الأمراض الشائعة ورم الحبال الصوتية بسبب جهد صوتي، أو التهابات مزمنة في الحنجرة، أو تهيج مع حساسية، ويشعر الفرد بصعوبة في إخراج الصوت وفي التنفس، كما يشعر بوخز داخلي.

(٧) وهناك ضعف الأجهزة الكلامية الذي يرجع إلى أسباب متعددة، وتظهر في حالات النقاهة المرضية، أو تكون انعكاساً لردود الفعل الإيمائية الأسرية ومن الأسباب أيضاً التشنجات الصوتية والتنفسية. وقصر الحبال الصوتية الناتج عن تشوه خلقي أو إصابة خلقية وراثية وفي هذه الحالات يكون الصوت حاداً.

ثانيا: الاسباب الوظيفية:

ويتعلق معظمها بسوء استخدام جهاز الصوت، ومنها مايتعلق بالاضطرابات الانفعالية لدى الفرد، ومنها مايتعلق بالعادات غير السليمة في استخدام الصوت. ويمكن أن يتخذ سوء استخدام الصوت أشكالاً متعددة منها:

- السرعة الزائدة في الكلام.
- الكلام بمستوى غير عادي من طبقة الصوت.
- الكلام بصوت مرتفع جداً وبصورة غير مناسبة لقدرة الجهاز الصوتي.
- الكلام المصحوب بالتوتر الشديد.

ومثل هذه الأسباب تلحق الضرر بالحنجرة والأحبال الصوتية، وذلك يمكن حدوثه بنسبة كبيرة بين العاملين ببعض المهن التي تحتاج إلى الاستخدام غير العادي للصوت مثل: التدريس، التمثيل، الغناء، أو الخطابة ... الخ.

كما تحدث اضطرابات الصوت كعرض مصاحب لكثير من الاضطرابات الانفعالية التي يتعرض لها الفرد، ورغم أنها تعتبر مجرد عرض يجب أن يزول بزوال المسبب (أي بعد العلاج النفسي) إلا أنها قد تستمر نظراً لتعود الفرد عليها.

كما ترجع اضطرابات الصوت أيضاً إلى العادات السيئة في التنفس لدى الأطفال، فضلاً عن تلك التوترات الناجمة عن اضطرابات البيئة المحيطة بالفرد، مثال ذلك العمل في أماكن يكثر بها الضوضاء، أو مع أفراد مصابين بثقل السمع أو في المناطق العسكرية خاصة أثناء الحروب. هذا بالإضافة إلى تأثير تلوث البيئة على الجهاز الصوتي نتيجة لإصابات التنفس ... الخ.

خلاصة القول أن أي شيء يغير أو يعوق الأداء الوظيفي العادي والفعال لأجهزة التنفس، وأجهزة الصوت، يعتبر سبباً من أسباب الاضطرابات الصوتية.

تشخيص حالات اضطرابات الصوت

من أجل تشخيص اضطرابات الصوت فإنه لابد من فحص طبي مبكر يشترك فيه مجموعة من المتخصصين في أمراض الصدر، والحنجرة، والأعصاب والأسنان. وبعد الفحص الطبي كخطوة مبكرة وضرورية تهدف إلى اكتشاف ماإذا كان يوجد خلل عضوي، ومن ثم بدء العلاج الطبي أو الجراحي اللازم في مثل هذه الحالة.

أما عملية التقييم التي يقوم بها فريق الأخصائيين فإنها تتضمن-بوجه عام-أربعة مظاهر أساسية هي:

١- دراسة التاريخ التطوري لحالة الاضطراب في الصوت.

٢- التحليل المنظم للصوت، ويشمل تحليلاً لأبعاد طبقة الصوت وارتفاعه، ونوعيته، ورتبته.

٣- فحص جهاز الكلام من الناحيتين التكوينية والوظيفية.

٤- قياس بعض المتغيرات الأخرى (عندما تكون هناك حاجة لذلك) مثل حدة السمع والحالة الصحية العامة، والذكاء، والمهارات الحركية والتوافق النفسي الانفعالي والنشاط الحركي العام لدى الطفل.

وبعد معالجة الطفل من قبل الطبيب المختص، يطبق على المريض برنامج تدريبي

علاجي من أجل بناء عادات صوتية سليمة لديه، ويجب أن يفهم المريض أبعاد اضطراب الصوت الذي لديه (استبصار)، وأن يتعاون مع المعالج وبكل رغبة صادقة، مع عملية التشجيع اللازمة، وتضافر جهود الأسرة، والمريض، والمعالج معاً. ويتم تحديد الاضطراب الصوتي وموضع سوء الاستخدام عن طريق الاعتماد على التقارير اللفظية المقدمة من الوالدين والمعلمين، مع ملاحظة سلوك الطفل الصوتي في عدة مواقف. بعد ذلك يتم وضع خطة علاجية تركز على العادات الصوتية السيئة، وعند القيام بتحليل أبعاد الصوت يجري أخصائي أمراض الكلام تقييماً للطفل في أبعاد طبقة الصوت، والارتفاع، والنوعية، والرنين أثناء الكلام في مواقف المحادثة العادية، وأيضاً من خلال أنشطة كلامية يتم تصميمها لأغراض عملية التقييم، كذلك يتم فحص جهاز الكلام عند الطفل ونمط التنفس أثناء الأنشطة المختلفة التي تتضمن الكلام، والأنشطة التي لاتتضمن الكلام أيضاً. يحال الطفل إلى الجهات المختصة الملائمة إذا بدا أنه يعاني من اضطرابات أخرى كالاضطرابات الحركية أو العقلية أو الانفعالية.

الأساليب العلاجية لاضطرابات الصوت

بغض النظر عن الأسباب الخاصة التي تكون قد أدت إلى اضطراب الصوت، يحتاج الأمر إلى فترة علاجية لمساعدة الطفل التعلم لاستخدام الجهاز الصوتي بطريقة أكثر ملاءمة، ولتجنب أو تخفيض أي استخدام سيء لجهاز الكلام. بطبيعة الحال يصمم البرنامج العلاجي لطفل بعينه وللاضطراب الخاص في الصوت، وعلى ذلك فإن أياً من الطرق التالية يمكن أن تكون ملائمة لحالة من الحالات ولاتكون ملائمة لحالات أخرى.

الهدف العام من علاج الصوت هو تطوير عادات صوتية فعالة ومؤثرة، يتمثل أحد المظاهر الرئيسية للعلاج في التعليم أو إعادة التعليم الصوتي. يجب أن يفهم الطفل تماماً ماهية اضطراب الصوت الذي يعاني منه كما سبقت الإشارة إلى ذلك وماالذي سببه ومايجب عمله لتخفيف حدة هذا الاضطراب ومما لايحتاج إلى تأكيد ضرورة أن تتوفر لدى الطفل الدافعية الكافية لتغيير الصوت غير الملائم، وأن تكون لديه الرغبة في تعديل بعض العادات الراسخة، بدون ذلك يكون البرنامج العلاجي عرضة للفشل.

إن الدور الذي يمكن للأخصائي الإكلينيكي أن يلعبه في علاج اضطراب الصوت عند الطفل يعتبر ضئيلاً ممايقتضي أن يعمل الطفل بتعاون ورغبة مع الأخصائي للتعرف على

"الصوت الجديد" والتعود عليه. يترتب على ذلك أن الطفل يحتاج إلى قدر كبير من التشجيع والتدعيم من جانب الأخصائي المعالج ومن جانب الوالدين والمعلمين والزملاء طوال فترة برنامج التدريب على الأصوات.

رغم أن العمليات العلاجية الخاصة تختلف باختلاف الأخصائيين الإكلينيكيين وباختلاف الحالات يتضمن علاج الصوت عادة أربعة مظاهر أساسية تستحق الاهتمام. إذا كان واضحاً أن اضطراب الصوت يرتبط بسوء الاستخدام يصبح أحد المظاهر الرئيسية للعلاج:

المظهر الأول: التعرف على مصادر سوء الاستخدام، وتجنب هذه المصادر ونظراً لأن الأخصائي الإكلينيكي لايستطيع أن يعتمد اعتماداً مطلقاً على التقارير اللفظية التي يقدمها الأطفال أنفسهم فإن من الأفكار الجيدة والمفيدة أن يقوم الأخصائي بملاحظة الطفل في عدد من المواقف المنوعة بهدف تحديد الطريقة التي اعتاد عليها الطفل في استخدام الأصوات، على أن التقارير المقدمة من الوالدين والمعلمين تعتبر ضرورية في التعرف على العادات الصوتية عند الطفل.

بعد أن يتم التعرف على نوع اضطراب الصوت يجب مناقشة الأنواع المعينة من سوء الاستخدام وانعكاساتها على الكلام مع الطفل نفسه، بعدئذ يبدأ تخطيط الطرق التي يمكن من خلالها تخفيف الحالة أو تجنبها، ويعتبر تفهم الطفل وتعاونه أموراً أساسية نظراً لأن الأخصائي لايمكن أن يتواجد مع الطفل في كل لحظة وينبهه بصفة دائمة إلى العادات الصوتية السيئة ويطلب منه تصحيحها.

المظهر الثاني: للبرنامج العلاجي لاضطرابات الصوت يتمثل في التدريب على الاسترخاء. في هذا المظهر العلاجي يدرب الطفل على كيفية إخراج الأصوات بطريقة تتميز بالاسترخاء والسلاسة خاصة إذا كان الطفل يتكلم عادة بطريقة مصحوبة بالتوتر الشديد، على الرغم من أن النتائج مع صغار الأطفال ليست ناجحة دائماً، فإن التدريب على الاسترخاء الجسمي بوجه عام قد يكون ضرورياً بالإضافة إلى الاسترخاء بشكل خاص في مناطق الوجه والفم والحلق حيث إن خلو الميكانيزم الصوتي من التوتر يعمل على تسهيل تحقيق المظاهر الأخرى للبرنامج العلاجي.

المظهر الثالث: المظهر الثالث لعلاج الصوت يتضمن التدريبات الصوتية والتدريب

المباشر على إخراج الأصوات المختلفة. حيث توجد تدريبات خاصة متوفرة لتحسين طبقة الصوت، وتدريبات لرفع طبقة الصوت التي اعتاد عليها الطفل، وتدريبات لخفض هذه الطبقة، وتدريبات لزيادة مرونة طبقة الصوت. كذلك توجد تدريبات تهدف إلى تحقيق مستوى أكثر ملاءمة من ارتفاع الصوت، وتدريبات أخرى لتحسين نوعية الصوت بوجه عام. التدريبات التي يقع عليها الاختيار والهدف من كل تدريب تطور لتتناسب مع حالة كل طفل كفرد.

على سبيل المثال: قد تقتضي حالة أحد الأطفال خفض مستوى طبقة الصوت التي اعتاد عليها بمقدار ثلاث نغمات Tones ، في حين تتطلب حالة طفل آخر زيادة مدى طبقة الصوت بمقدار نصف ثماني Octave أثناء المرحلة المبكرة لعلاج الصوت قد يطلب الأخصائي الإكلينيكي إجراء تجريب على صوت الطفل بطرق مختلفة ليستكشف تجميعات طبقة الصوت والارتفاعات في الصوت كي يتوصل إلى تحديد لكيفية إنتاج أفضل نوعية من الصوت عند هذا الطفل، وعندما يتعرف الطفل على الصوت الجديد يحتاج إلى قدر كبير من الممارسة في تمييز هذا الصوت واستخدامه في المواقف المختلفة التي تتضمن الكلام. كذلك يعتبر تدريب الأذن، وتحسين المهارات العامة للاستماع مظاهر لها أهميتها في التدريبات الصوتية.

المظهر الرابع: غالباً ماتكون تدريبات التنفس هي المظهر الرئيسي الرابع للبرنامج العلاجي لاضطرابات الصوت. ويهدف هذا النوع من التدريبات عادة إلى تعويد الطفل على استخدام تدفق النفس بصورة فعالة أكثر من تدريبه على التزود بالنفس، التنفس لأغراض الكلام لايحتاج إلى تزود بالهواء بأكثر ممايحتاجه التنفس العادي اللازم للحياة، إلا أن التنفس لأغراض الكلام يتطلب الضبط والتحكم. وتوجد تدريبات كثيرة لتحسين معدل الكلام وضبط عملية التنفس أثناء الكلام.

بعد أن يتم تجنب مصادر سوء استخدام الصوت، وبعد أن يتم تثبيت الصوت الجيد، يواجه المعالج المهمة الصعبة المتعلقة باستمرار الطفل في الاستخدام الصحيح للأصوات المتعلمة. إن تعود الطفل على الصوت الجديد، وتعميمه لهذا الصوت في جميع مواقف الكلام يعتبر من أصعب مراحل العمل العلاجي. ربما لهذا السبب كان استمرار نجاح العلاج يتطلب عمل الفريق الذي يضم الأخصائي الإكلينيكي والطفل والمدرس والوالدين وغيرهم ممن هم على صلة وثيقة بالطفل.

الفصل الرابع

الاضطرابات التعبيرية

الفصل الرابع
الاضطرابات التعبيرية

احتباس الكلام (الحبسة) الأفازيا Aphasia :

كلمة أفازيا Aphasia عبارة عن مصطلح يوناني مكون من مقطعين المقطع الأول هو (A) ويعني "عدم" أو "خلو" والمقطع الثاني هو phasia ويعني كلام Speech وبهذا الشكل كلمة أفازيا تترجم للعربية "باحتباس الكلام" بينما مصطلح dysphasia يشير إلى اضطراب الوظيفة الكلامية لأن البادئة اليونانية هي اضطراب أو "عسر" لذلك يسمى "اضطراب الوظيفة الكلامية بـ dysphasia "بالدبسفازيا" بينما إذا امتنعت وظيفة الكلام تماماً كنا بصدد حالة أفازيا.

تعريف الأفازيا:

وليست الأفازيا مجرد انعدام القدرة على النطق أو إخراج الصوت ولكنها أيضاً تعطل في الوظيفة الكلامية من حيث قدرة الفرد على الإدراك الصوتي، والتعبير بالرموز سمعاً أو نظراً أو كتابة أو نطقاً أو غير ذلك، وحتى ولو كانت الحواس وعضلات الفم سليمة ولهذا يرى بعض علماء اللغة بأن بعض أشكال الأفازيا ينتج عنه عملية نسيان وخاصة إذا اتخذ هذا النسيان شكلاً مرضياً متكرراً وبهذا تكون الأفازيا شكل من أشكال فقدان الذاكرة Amnesia وفي مثل هذه الحالات يصعب على المريض تذكر أو إيجاد أسماء بعض المرئيات والأشياء، وهناك أشكال أخرى للأفازيا سنأتي على ذكرها.

الاتجاهات العلمية لدراسة الأفازيا:

والواقع أن هناك عدة اتجاهات علمية اهتمت بدراسة الأفازيا يمكن أن نلخصها فيمايلي:

(١) اتجاه جراحي طبي استهدف الكشف عن مناطق اللغة في الدماغ التي تحدد الأماكن القشرية للاضطرابات اللغوية وربط ذلك بالتغيرات العضوية والعصبية.

(٢) اتجاه تفسيري يحاول تقديم تفسير أو شرح لآلية الأفازيا ويهتم هذا الاتجاه بعمليات الترابط والتداعي وخاصة بين المناطق الحسية والحركية القشرية وتحت القشرية.

(٣) اتجاه الملاحظة الإكلينيكية الذي يربط بين الجوانب النفسية والوظائف الفسيولوجية في حالة الأفازيا.

تصنيف الافازيا:

اعتمد التصنيف النهائي للأفازيا على الدراسات التشريحية التي قام بها كل من بولس بروكا وفرنك وهنري هد وجاكسون وجولد شتاين وغيرهم:

١- أفازيا حركية Motor or Verbal aphasia

٢- الأفازيا الحسية Sensory Aphasia

٣- الأفازيا نسيانية Amnestic Aphasia

٤- أفازيا كلية Total Aphasia

٥- فقدان القدرة على التعبير كتابة Agraphia

وهذا التصنيف الأخير يعتبر من التصنيفات الهامة التي يرجع إليها الأطباء وعلماء اللغة وعلماء النفس وجميع هذه الأشكال من الأفازيا ترجع إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي وخاصة مراكز الكلام والاختلاف في أشكال الأفازيا يرجع إلى موضع أو مكان الإصابة في الجهاز العصبي المركزي، وفي القشرة المخية، ولكن ذلك لايمنع من وجود حالات نادرة من الأفازيا ترجع إلى عوامل وظيفية غير عضوية. كما أن العالم (بتفلد) يرى بأنه من النادر جداً أن نجد مصاباً بشكل نقي من أشكال الأفازيا، وإنما تؤدي إصابة الجهاز العصبي إلى خليط من الأشكال.

(١) الافازيا الحركية Motor Aphasia

وتسمى أيضاً بأفازيا (بروكا) نسبة إلى الجراح الفرنسي "بولس بروكا" كما تسمى أيضاً بالأفازيا اللفظية أو الشفوية .Verbal Aph فقد وجد "بروكا" لدى بعض مرضاه معاناتهم من الاحتباس في الكلام وعدم القدرة على الكلام الحركي وبصوت مسموع وكذلك عدم القدرة على القراءة وبصوت مسموع أو إعادة الكلمات المسموعة وذلك دون وجود ظاهرة مرضية كلامية أخرى، وهذا نوع من "اضطراب الأبراكسيا Apraxia " أي العجز عن الحركة، وعدم القدرة على القيام بالحركات اللاإرادية بالرغم من عدم وجود شلل في العضلات المختصة بالكلام حيث أنه ثبت بعد تشريح العالم "بروكا" للجثة وجود إصابة في التلفيف الثالث من المخ في بعض حالات أفازيا بروكا يفقد المريض القدرة على التعبير عدا لفظ بعض الكلمات أحياناً مثل "نعم" أو "لا".

ونلاحظ أن المريض يكرر لفظاً واحداً مهما تندعث الأحاديث والأسئلة الموجهة إليه، وقد يحدث في حالات الضغط الانفعالي أن يتمتم المريض ببعض العبارات الغير مألوفة أو الغير مفهومة وذلك بقصد السباب والعدوان، في مثل هذه الحالات تسمى الأفازيا "بالأفازيا اللفظية" أو "الشفوية" وقد لاحظ بروكا بأن نصف أسفل الوجه في الجهة المقابلة للإصابة الجهة اليمنى يكون ضعيفاً وقد ينحرف اللسان أيضاً إلى الجهة اليمنى مع عدم قدرة المريض في بعض الحالات الشديدة على زم الشفتين أو غير ذلك من الحركات اللاإرادية، علماً بأن المريض لايفقد القدرة على فهم مدلول الكلمات المنطوقة أو المكتوبة بمعنى أن المريض يستطيع فهم مايقرأ كما يستطيع أن يبرهن على إدراكه لما يدور حوله من أحاديث إما بواسطة الكتابة أو بتنفيذ مايطلب منه، ولكن المريض يعجز عن الكلام أو التعبير الحركي، وفي الأفازيا الحركية لبروكا يضطرب عادة اتساق الكلام لدى المريض والتنفس لديه ويكون المريض قادراً على تقليد أفعال المعالج أكثر ممايكون قادراً على تنفيذ الأفعال التي يطلب منه تنفيذها بالأمر أو القسر، وقد يكرر المريض باستمرار الكلمات القليلة والبسيطة التي بقى قادراً على نطقها كما لو كان مجبراً على ذلك، وعادة مايدرك المريض عجزه كما يفهم أخطاءه.

وفي الأشكال الخفيفة من أفازيا بروكا وفي دور الشفاء من الأفازيا الشديدة يتمكن المريض من الكلام البسيط بصوت شبه مسموع، ويلاحظ الضعف في اللفظ أو اللهجة وطلاقة الكلام مع الضغط على بعض المقاطع والإسراع في البعض الآخر، مع خطأ في وضع الكلمات داخل جملة متسلسلة وخطأ في تنغيم الجملة وأدائها ممايفقد الكلام روح التعبير، ويضعف من إمكانية "الاتصال" بالغير، ومعظم المصابين بأفازيا بروكا مصابون أيضاً باضطرابات مماثلة في الكتابة، فإذا كانت يدهم اليمنى سليمة أو مصابة بالشلل فإنهم يعجزون عن الكتابة رداً على الأسئلة التي توجه إليهم باليد اليمنى واليسرى. كما يعجزون عن طلب حاجاتهم عن طريق الكتابة رغم أن قدرتهم على نسخ الحروف تبقى ممكنة، ورغم أن فهم الكلام المحكى أو المكتوب يبقى سوياً بمختلف الاختبارات إلا أنه في بعض الحالات وخاصة إذا دخلت في الحديث "فجأة" مفردات وكلمات جديدة فإن هذا الفهم قد يضطرب. وبالاختبار الدقيق قد يبدو أن الاتصال مع المريض عن طريق الكتابة أفضل من الاتصال عن طريق الكلام، ممايوحي بأن هناك بعض الاستقلال الوظيفي بين هاتين الوسيلتين في

التخاطب. ومعظم حالات "بروكا" تتحسن خلال شهور أو سنوات إذا صاحبها علاج طبي رفيع.

(٢) الأفازيا الحسية Sensory Aphasia

وتسمى بأفازيا العالم فيرنيك Wernike's Aphasia حيث توصل (فيرنيك) إلى هذا الشكل من الأفازيا نتيجة للأبحاث التشريحية التي قام بها (١٨٧٤) حيث توصل إلى افتراض مركز سمعي كلامي يوجد في الفص الصدغي من الدماغ وافترض حدوث إصابة أو تلف في هذا الجزء من الدماغ أدي بدوره إلى تلف الخلايا العصبية التي تساعد على تكوين الصورة السمعية للكلمات أو للأصوات. وينتج عن ذلك مايسمى بالصمم الكلامي Word deafness وهو شكل من أشكال الأفازيا الحسية حيث تكون حاسة السمع سليمة، ولكن الألفاظ تفقد معناها لدى السامع كما لو كانت الألفاظ من لغة أخرى لايعرفها الفرد.

وفي أفازيا (فيرنيك) يؤدي اضطراب وظائف السمع إلى اضطراب في القدرة على ترديد الكلمات المحكية، وتبقى الكلمات الوحيدة التي يمكن ترديدها هي الكلمات القصيرة، ويبقى المريض قادراً على تنفيذ بعض الأوامر البسيطة دون المعقدة، ويلاحظ على المريض الإكثار من الإشارات، ويستعمل كلمة مكان أخرى أو أي كلمة تقال أي كلمة أخرى من حيث اللحن، وهو لايشير إلى نفس الشئ مرتين، ويمكن ملاحظة ذلك في الكتابة وفي الكلام. والكلمات التي يتلفظ بها لاتناسب مايسأل عنه، وقد تظهر عناصر الكلام وكأنها ليست لغة مألوفة أو مفهومة، هي وكأنها كلمات جديدة (رطانة في الكلام) ويلاحظ التلكؤ وفقدان الطلاقة المصاحبان لاضطرابات الكلام الحركية كما في أفازيا (بروكا) ويظهر على المريض وكأنه يبحث عن الكلمات الصحيحة بصعوبة، وعندما يكون الاضطراب شديداً يصبح الكلام عبارة عن بربرة غامضة ورطانة غير مفهومة، وقد يصاحب ذلك تبديل بعض الحروف عند الكلام ممايجعل الكلام غامضاً متداخلاً وغير مفهوماً، فإذا تفوهنا أمام المريض بحرف (الباء) وطلبنا منه تكرار مايسمع نجده يقول (فاء) أو أية استجابة أخرى، وإذا كتب للطفل حرف (الباء) وطلب منه قراءته فإنه يقرأه صحيحاً، وهذا مايشير إلى أن الاضطراب في منطقة الإدراك السمعي (وليس في منطقة الإدراك البصري)، وهذه الكلمات الغامضة للمريض لايفهمها إلا الأهل والأقرباء وبصعوبة.

وفي بعض حالات الأفازيا الحسية عند "فيرنيك" نجد المريض يفهم كل لفظ في الجملة لوحده، ولكنه لايستطيع فهم معنى الجملة كاملة، وهذا مايسميه البعض بالأفازيا المعنوية Semantic aphasia ، وهناك حالات أخرى نجد المريض فيها يستخدم كلمات في غير مواضعها، ويستخدم كلمات غريبة غير مألوفة، ومثل هذه الحالات يكون المريض قد اكتسبها بسبب وجود الاضطراب من صغره في المراكز السمعية الكلامية حيث يحدث خلل في تكوين الصور السمعية للكلمات، وتسمى هذه الحالات باسم "البارافازيا Para-phasia " وكمثال على ذلك، مريض بالأفازيا الحسية يخاطبه المعالج ويكون الحديث على النحو التالي:

المعالج: هل تحب مدينة بالأسكندرية؟

المريض: نعم أنا أكون

المعالج: أرغب أن تخبرني شيئاً عن مشكلتك؟

المريض: نعم، أنا لاأرغب المضي في هذا الطريق.

المعالج: ماهي المشكلة التي تعاني منها؟

المريض: سأذهب إليهم ...

يلاحظ استخدام كلمات غريبة لاصلة لها بالحديث تدل على عدم فهم السؤال ومن الكلمات الغريبة المسجلة لمريض أفازيا حسية مايلي:

خمسة تلفظ اهثة

مكتب تلفظ تبك

شباك تلفظ تاس

وتأخذ الأفازيا الحسية شكل عمي لفظي Word blindness بحيث نجد المريض يعجز عن فهم الكلام، المكتوب، أو الصور الموجود أمامه، أو الأشياء المرسومة وإشارات المرور (أي العجز عن إدراك الرموز visual asymbolia وذلك بالرغم من سلامة بصره، وهذه حالات نادرة.

وكذلك يلاحظ عدم القدرة على القراءة، وعلى تسمية الألوان، بينما تبقى القدرة على الكلام المحكي، حيث نجد المريض يمكنه أن يقرأ الكلمات المكتوبة أو المطبوعة إلا أن

قراءته لاتكون غير صحيحة ومشوهة، بمعنى أنه يفهم مايقرأ ولكن عندما يتلفظ بمضمون مايقرأ نجده يبدل الحروف مثلاً (خرج تنطق حرج، كتب تنطق تكب، ومع تنطق عن) حيث يلاحظ هنا قلب وإبدال الحروف، كما أن لفظ الحروف يكون منفصلاً.

وإذا طلب من المريض تكرار نفس الحروف الذي بدلها سابقاً وذلك عن طريق السمع نجده يقلدها تماماً وبشكلها الصحيح وهذا دليل على اضطراب المراكز العصبية البصرية للكلام دون المراكز العصبية السمعية.

وباختصار أن الأفازيا الحسية (هي فقدان القدرة على فهم الكلام المسموع وتمييز دلالاته المعنوية) بمعنى أن المصاب يسمع الكلمة كصوت ولكنه يصعب عليه ترجمة مفهوم الصوت الحادث وبالتالي لاتكون هناك استجابة صحيحة (عكس أفازيا بروكا) والمريض في مثل هذه الحالات يكون عاجزاً عن الاتصال الاجتماعي، وعن التفاعل النفسي مع الآخرين.

(٣) الأفازيا النسيانية Amnestic Aphasia

أو كما تسمى (حبسة النسيان وعدم تذكر الأسماء) فأهم عرض في هذا الاضطراب عدم قدرة المريض على تذكر أسماء الأشياء، أو المواقف، أو الصفات، أو العلامات ويضطر المريض إلى التوقف عن الكلام ليجد الكلمات المناسبة، أو لاستبدال كلمة بأخرى، وتأخذ استجابات المريض الكلامية عدة صور وأشكال. ففي الحالات الخفيفة قد يعرف المريض أسماء بعض الأشياء الشائعة الاستعمال، ولكنه يعجز عن تسمية الأشياء الأقل شيوعاً أو ألفة. فإذا عرضنا على المريض مجموعة من الأشياء المألوفة وطلبنا منه تسميتها فإنه قد يشير إلى استعمالاتها عوضاً عن أسمائها، وهذا الاضطراب لايشمل فقط الأشياء المرئية فقط بل يشمل أسماء الأشياء المسموعة، أو الملموسة، ويبقى لدى المريض تذكر أسماء الحروف وأجزاء الكلام المطبوعة سليماً، ويبقى المريض قادراً على استعمال الشيء والإشارة إليه إذا سمع اسمه أو رآه. فإذا قدم للمريض "قلماً" وسألناه عن اسمه لايستطيع تذكر كلمة "قلم" وربما أمكنه إدراك وظيفة القلم واستعمالاته. وإذا سئل المريض هل هذا عصا أم كتاب أم قلم فإنه يجيب الإجابة الصحيحة ولكن المشكلة تتركز في تذكر اسم الشيء لو طلب منه ذلك، وهذا مايؤكد على أن الخلل يكون في تسمية الأشياء فقط ويميل المرضى إلى تبرير عجزهم هذا بالنسيان أو بعذر آخر ممايوحي بأنهم لايدركون تماماً طبيعة الصعوبة التي

يعانونها، علماً بأن المريض يستطيع النطق والكلام بشكل سليم خالٍ من الأخطاء اللغوية، والنحوية، ودون تلعثم أو أي اضطراب مشابه.

إن مثل هذه الأعراض قد تحدث في حالات الانفعال والتعب الشديد أو اضطراب الذاكرة. وقد تظهر الأفازيا النسيانية في أعراض مرض الزهايمر Alzheimer's disease وهو صورة من صور الذهان التي تشاهد نادراً قبل الشيخوخة Presenility أو أعراض عتة الشيخوخة، وقد ينتج هذا الاضطراب عن مرض أيضى أو سُمى أو غير ذلك، لذلك لابد من عملية تشخيص فارق دقيق.

(٤) الأفازيا الكلية Total or Wholistic Aphasia

هذا الشكل من الأفازيا يعتبر من الحالات النادرة، بحيث نجد المصاب يعاني من (أفازيا حركية) بالإضافة إلى أفازيا (حسية) بالإضافة إلى أفازيا نسيانية مع عجز جزئي في (القدرة على الكتابة Agraphia) يصاحب كل أنماط الأفازيا. وهذا الشكل من الأفازيا الكلية يحدث بسبب إصابة الدماغ بجلطة دموية (خثرة دموية Cerebral embolism) تؤدي إلى انسداد الشريان والأوعية الدموية المغذية للمخ وللألياف العصبية الواردة من المراكز العليا للحركة بالفص الجبهي والمتجه نحو الذراع، والساق والأطراف وأعضاء النطق.

ويمكن أن تحدث نفس الأعراض بسبب الالتهابات والتورمات والضغط على مناطق دون أخرى في الدماغ.

وتشير الدراسات التشريحية إلى أن إصابة الشريان الدماغي الأوسط تؤثر على جميع مناطق الكلام، وترجع إليه جميع حالات الأفازيا الناجمة عن انسداد وعائي أو نزيف دموي.

والمريض بالأفازيا الكلية لايستطيع القراءة أو الكتابة، ولايفهم من كلام الآخرين إلا ضع كلمات، وعادة ماتصاحب الأفازيا الكلية بشلل نصفي أيمن وبحالة عمى نصفي، أو شلل في الجانب الأيسر بالنسبة للمريض الأعسر).

وتختلف حالة الوعي بين الصحو التام ونصف السبات، ويمكن للمريض أن يشارك ي حركات التحية المعتادة وأن يظهر عليه الاحتشام والخجل، وأن يقوم باستجابات تفادي

الأشيـاء التي توخزه أو تقرصه مثلاً) وبمرور الزمن يتحسن فهمه للكلام الملفوظ، كما يتمكن من نطق بعض الكلمات ويكون التحسن كبيراً إذا كان السبب حالة خلل إيضي أو حالة صرع أو حالات نقص الصوديوم ... إلا أن هذا لايمنع من بقاء خلل مزمن دائم.

(٥) فقدان القدرة على التعبير كتابة (الافازيا الكتابية) Agraphia

إن معظم حالات الأفـازيا يصاحبها اضطرابات مماثلة في الكتابة، فإذا كانت يد المصابين اليمنى سليمة فإنهم يعجزون عن الكتابة رداً على الأسئلة التي توجه إليهم، كما يعجزون عن طلب حاجاتهم عن طريق الكتابة، أو عن كتابة مايملى عليهم رغم أن قدرتهم على نسخ الحروف تبقى ممكنة. وفي بعض الحالات يكون المريض فاهماً للكلمات المسموعة بشكل جيد، وبإمكانه النطق بهذه الكلمات، ولكن إذا طلب منه كتابة هذه الكلمات فإنه يكتبها بشكل خاطئ.

"تشخيص الافازيا"

إن تشخيص حالة الأفازيا تتطلب دراسة معمقة ومنظمة ومتكاملة بين علماء النفس والأطباء المختصين، وتتم عملية التشخيص في مراكز خاصة، داخل غرفة هادئة ويكون المعالج والمريض لوحدهما، وتتم عملية تحليل كاملة لعملية الكلام لدى المريض وعن طريق محادثة المريض وتقييم المظاهر الحركية للكلام لديه (النطق والنغمة) وصياغة الكلام ومدى فهم المريض لمايسمعه، وعادة يوحي العجز عن الكلام (بالأفازيا الحركية) ويمكن إجراء بعض الاختبارات مثل أن يطلب من المريض أن يعيد مايملي عليه ببعض الاختبارات المتعلقة بالوظيفة الحركية للجهاز الفمي والبلعومي والجهاز التنفسي ويمكن أن تكشف هذه الختبارات عن اضطراب في فهم الكلام وهذا دليل على وجود أفازيا "فيرنيك" الحسية. أما اضطرابات التسمية مع سلامة وظائف الكلام الأخرى مثل الكتابة والقراءة والتهجئة فهي دليل على وجود أفازيا (نسيانية) وعندما لايظهر في المحادثة أي عجز ظاهر في الكلام فإنه يمكن اللجوء إلى اختبارات أخرى تكشف عن عدم قدرة المريض على القراءة، حيث يطلب من المريض قراءة نص بصوت مرتفع مع سؤال المريض عن تفسير النص شفوياً وكتابياً، وهناك اختبارات أكثر تعقيداً تهدف إلى التأكد من سلامة أجهزة الاستقبال ثم تحديد كفاءة الاستجابة كان يطلب من المريض القيام بأعمال تماثل فيزيائياً منبه الاختبار كالنسخ عن منبه مرئي أو ترديد منبه سمعي بصوت عالي، أو ملاءمة منبهين مختلفين

لمسمى واحد مثل مطابقة كلمة بقرة مع صورة بقرة وكذلك المقارنة بين التسمية اللفظية والتسمية المكتوبة، والمماثلة بين المنبه البصري والمنبه السمعي واللمسي، ويفيد ذلك في تحديد القناة أو المسار موضع الخلل، ولابد من تكرار العملية عدة مرات وهذه الاختبارات تفيد في تحديد المسالك الحسية والحركية للكلام، وبعض المعالجين يطلبون من المريض تعيين عدة أشياء في البيئة مثل (أين يوجد الباب، الحائط، الطاولة، السقف) كما يطلبون من المريض القيام بعدة أعمال لكل عمل معناه وقد تستخدم طريقة الانعكاس الحركي للاستعمال الطبيعي للأشياء مثلاً (يطلب من المريض وضع النظارة في الفم ووضع الحذاء في الكأس) وهناك اختبار الأوراق الثلاثة (لبيير موري) حيث يتم ربط ثلاثة تعليمات مع بعض (هذه ثلاثة أوراق واحدة كبيرة و الثانية متوسطة والثالثة صغيرة، الكبيرة إرمها على الأرض، والمتوسطة ناولني إياها، والصغيرة الثالثة ضعها في يدك) وقد يطلب من المريض سرد قصة أو شرح حكمة أو نقد عبارة ما أو إعطاء كلمات من نفس الوزن واللحن أو متشابهة، وقد تعرض على المريض قائمة خاصة من الكلمات يطلب منه قراءتها، كما يمكن دراسة الكلام العفوي لدى المريض كأن يطلب من المريض أن يحدثنا عن مرضه أو عن عائلته، ويمكن للفاحص أن يسجل الحديث على شريط تسجيل دون تدخل فيه وهذا يفيد في معرفة الكلام العفوي لدى المريض، وبعض خصائص الكلام مثل السرعة في اللفظ، الثروة اللغوية، دقة اختيار الكلمات، كما قد يطلب من المريض تعريف بعض الكلمات مثل (شوكة، نجار، فرضية، عين، جريمة، امتحان، غني، كسول، اعمل، يضرب، ينسى، يخاف، تحليل ...) كما يطلب تكوين جمل من كلمتين أو أكثر مثل:

* أم - طفل
* خباز - خبز
* صياد - شبكة - سمك
* معلم - مدرس - تلميذ

ويؤخذ بعين الاعتبار في تشخيص الأفازيا الجانب النفسي للمريض، والأوضاع النفسية التي تشارك في الوضع اللغوي لدى المريض فالكلام عندما يكون أمام ناس أو معالج يكون آلياً محضاً وصعباً بينما الكلام العفوي مع الأسرة والأصدقاء يكون أكثر واقعية، وكذلك الحالات الانفعالية التي تصاحب تطبيق الاختبارات وتؤدي وخاصة لدى

الصغار إلى تفكك لغوي محتمل، ومن الاختبارات ماتؤكد على اللغة المكتوبة، (التعبير الكتابي، الفهم الكتابي) ومنها ماتؤكد على التعبير الشفوي، ولابد من تحديد أخطاء النطق واضطرابات النحو والصرف وتتم إجراءات الكتابة الإملائية أحرف، كلمات، وجمل ناقصة بواسطة مكعبات أو أحرف متحركة بعد تحديد هذه الأعراض الكلامية العامة بدقة تامة. وتجرى للمريض الفحوص العصبية لتحديد الوظائف الحسية والإدراكية والحركية ولابد من معرفة تاريخ حالة المريض وشخصية المريض قبل إصابته ممايساهم في تحسن حالة المريض.

(علاج الافازيا)

ليس هناك طريقة ثابتة في علاج الأفازيا، وذلك لاختلاف الحالات والأعراض والأسباب من فرد لآخر. ففي الحالات التي يفقد فيها المريض فجأة قدرته على الكلام (كما في الحالات الانفعالية الشديدة وفقدان الكلام الهستيري) فإن مثل هذا الأمر يثير الرعب والمخاوف لدى المريض وأفراد أسرته، أما في حالات الأفازيا الشديدة فهي في الغالب لاتثير لدى أصحابها نفس المستوى من الاهتمام أو الرعب ولربما السبب في ذلك أن نفس الإصابة التي حرمته من القدرة على الكلام تكون قد أدت في نفس الوقت إلى إضعاف إدراكهم وبصيرتهم لمشكلتهم، ويبلغ ذلك أقصاه في بعض حالات أفازيا (ڤيرنيك) حيث يستاء المريض جداً إذا لم يفهم الآخرون كلامه الغامض، ولكن عندما تبدأ حالة المريض بالتحسن ويصبح مدركاً لإصابته يتعرض لحالة من اليأس والاكتئاب إلا أن طمأنة المريض وتطبيق برنامج عملي للتدريب الكلامي يساعدان المريض كثيراً على مواجهة حالة الاكتئاب لديه. وكما أشرنا فإن معظم حالات الأفازيا ترجع إلى أمراض دماغية يتبعها في معظم الحالات درجة من التحسن التلقائي في الأيام والأسابيع أو الشهور التي تلي السكتة، وقد يحدث الشفاء كاملاً خلال ساعات أو أيام كما قد يقتصر التحسن أحياناً على لفظ بضع كلمات بعد سنة أو سنين من الإصابة. إلا أن التدريب على الكلام في رأي العديد من الخبراء المختصين بالكلام يستحق التجريب. ويجب على الطبيب أن يقرر فيما إذا كان التدريب على الكلام ضرورياً، ومتى يجب البدء به، ولايوصي عادة بالمعالجة في الأيام القليلة الأولى من بدء الأفازيا. لأنه لم يعرف بعد مدى الإصابة وإلى متى ستستمر أو تنتشر وإذا كانت الأفازيا كلية ولايستطيع المريض الكلام، ولافهم الكلام المكتوب أو

المحكى له، فإن خبير المعالجة لايستطيع عمل شيء، وفي مثل هذه الحالات لابد من الانتظار عدة أسابيع وحتى تبدأ بعض وظائف الكلام بالعودة. وعندها يمكن للأخصائي أن يبدأ بتشجيع المريض ومساعدته على استخدام هذه الوظائف العائدة ماأمكنه ذلك، أما في حالات الأفازيا الخفيفة فيمكن إرسال المريض إلى أخصائي في مركز معالجة الكلام بمجرد (ثبات الاضطراب) وأن مناهج التدريب على الكلام تحتاج إلى تخصص وخبرة ودقة متناهية، وينصح عادة أن يلجأ في عملية التدريب إلى شخص كان قد تدرب على ذلك، ومع ذلك فإن الفائدة في أكثرها نفسية، ويمكن لفرد فهم في الأسرة أو لمعلم المدرسة أن يقوم بهذا العمل إذا توفر أخصائي في معالجة الكلام يتلقى التوجيهات منه، وتعالج عادة حالات الأفازيا بالاعتماد على التدريب الكلامي من جديد . وخاصة الأفازيا الحركية، ويكون شأن الفرد المصاب تماماً كشأن الأطفال الذين يتعلمون اللغة، والعلاج يكون إما جزئياً أو كلياً والأفضل العلاج الكلي لأنه أسرع وأثبت، وكل مايحتاجه المريض هو وضع الشيء أمامه ثم النطق بهذا الشيء، ويتم تكرار النطق باسم الشيء مع الإشارة إلى الشيء (ارتباط شرطي)، وهكذا حتى يصبح المصاب نتيجة لعملية التكرار المستمرة، مع التشجيع والتعزيز (وأثر التغذية الراجعة) يعرف الأشياء المنطوقة ويربطها بالشيء، وإلى جانب ذلك يحتاج المريض تدريب اللسان والشفاه، والحلق عن طريق التثاؤب، وحبس الهواء، ودفع الهواء، وسحب الهواء، مع تمرينات للحروف الساكنة والمتحركة، ويمكن الاستعانة بالمرآة لمعرفة حركات اللسان عند إحداث صوت، ومن المفيد تشجيع المريض على تحريك أطرافه وتنشيط ذهنه عن طريق الألعاب والمكعبات التي تستعملها الأطفال مع تركيب أشكال وصور لأن مثل هذه الألعاب تنشط العقل وتركز الانتباه والتفكير وتدرب على إدراك العلاقات، ولابد من تحسين بيئة المريض، وتشجيعه ورفع روحه المعنوية ممايساعده على الراحة والاسترخاء الذي يسهل عملية العلاج. وعادة يكون لكل شكل من أشكال الأفازيا تدريبات خاصة، ومن المهم عند إعادة تدريب الأفازي أن نركز على التمرينات التي تعتمد تعيين (تعيين أو تسمية مواضيع معينة)، والتكرار (تكرار الكلمة)، والتسمية (التي تعتمد على ربط المجال السمعي بالمجال البصري للكلمة) والكلمات تبدأ قصيرة، ثم تطول كثر فأكثر، وكلمات تحتوي على تشابهات مورفولوجية (التشكيل والصرف) وطرق إعادة التدريب لدى الأفازي الراشد تختلف عن طرق إعادة التدريب لدى الطفل المصاب بالأفازيا.

شخصية المصاب بالأفازيا:

تشير الدراسات النفسية (علم النفس اللغوي، والطب النفسي) أن مشكلة المصاب بالأفازيا هي ليست مشكلة عضوية بحتة، وإنما هي مشكلة شخصية أيضاً، حيث أن اضطراب الكلام قد يكون انعكاساً لشخصية المريض ونتيجة لظروف وصدمات نفسية قاسية مرّ بها المريض قبل الإصابة بالمرض، علاوة عن أن بعض اضطرابات شخصية المريض ترجع إلى المرض ذاته، وغالباً مايظهر على المريض اضطراب المعنويات، والانطواء في عالمه الخاص، والمصاب بالأفازيا غالباً مايكون سريع الغضب والإثارة، ويشعر بالنقص وعدم الأمن والطمأنينة، وهو يعاني من عدم القدرة على الاتصال والتوافق، وهذا يختلف حسب تجارب المريض وقدراته العقلية ومحصوله اللغوي قبل الإصابة.

الفصل الخامس

الاضطرابات الإيقاعية

الفصل الخامس
الاضطرابات الإيقاعية

(١) السرعة الزائدة في الكلام Cluttering in Speech

تعتبر السرعة الزائدة في الكلام من اضطرابات الكلام، ومن أعراض هذا الشكل:

(١) السرعة الغير عادية في إخراج الكلمات.

(٢) وفي عرض الأفكار المصاحبة لها لدرجة لاتتضح معها أحياناً بعض الكلمات.

(٣) يكون الكلام مضغوطاً لدرجة التداخل.

وفي الحالات الشديدة يتعذر على الفرد فهم مايقال. والغريب بالأمر أن الفرد المصاب أحياناً لايشعر بمشكلته، وبطريقة كلامه الغير مألوفة، إلا أنه إذا ماانتبه إلى طريقة كلامه عاد إلى صوابه وأخذ يتحدث بطريقة طبيعية، إلا أنه سرعان مايعود إلى النمط الأول السريع من الكلام. ويظهر هذا الاضطراب بوضوح أثناء القراءة، حيث نلاحظ تداخل الكلمات وحذف بعض المقاطع منها. ويتم أثناء ذلك تدفق الأفكار على الذهن بسرعة لدرجة يتعذر معها التنظيم من الناحية الفكرية والناحية الكلامية. ونجد أن سرعة الأفكار وتدفقها تتطلب سرعة في الكلام. وغالباً مايحدث ذلك في الشخصيات المفكرة الذكية أو النشطة كثيراً. (كما يلاحظ هذا العرض في حالات الهوس الحاد) ويجب التمييز بين السرعة الزائدة في الكلام Logorrhea أي تدفق الكلام مع منطقية الكلام، وترابطه والوصول إلى الموضوع الأصلي وبين حالة الثرثرة Volubility أو ذرب الكلام وكثرته Talktivness ، ويقصد بذلك الكلام الغزير الذي هو أكثر ممايتطلبه الحديث أو الموضوع، ولايشترط بالثرثرة سرعة الكلام، وإنما يلاحظ في الثرثرة ابتعاد مضمون الكلام عن الموضوع الأصلي فيضيع المريض في حديثه Wanders in his speech حيث نجد المريض ينتقل بسرعة من فكرة إلى أخرى ومن موضوع لآخر، دون سبب أو مبرر ممايدل على تطاير الأفكار Flight of ideas ، وهنا لايكون تداعي الأفكار والحديث مقيداً بغرض أو هدف وبالتالي تصبح الأفكار غير منسجمة أو مترابطة، وقد يكرر المريض نفس الألفاظ والكلمات كما في حالة ترديد الكلام Echolalia أو رجع الحديث، وفي بعض الحالات قد ينقطع الحديث فجأة، أو يلوذ المريض بالصمت، وفي بعض الحالات يصبح الحديث مشتتاً، أو يستخدم المريض لغة مبتكرة ويأتي بألفاظ وكلمات من عنده لاوجود لها ولامعنى لها

لدى السامع، والسبب في مثل هذه الحالات عدم التوافق الفكري للأفكار والحركي لأعضاء النطق والكلام.

وفي حالة السرعة المفرطة في الكلام تكون الأفكار أكثر غزارة وثراءً، كما أن قدرات الفرد العقلية تكون مرتفعة أحياناً بحيث يسهل على الفرد تقديم مجموعة كبيرة من المعلومات حول الموضوع المطروح في وقت واحد وبسرعة فائقة، وتكون عملية التقويم هذه أسرع من القدرة على التعبير الكلامي، ولابد في مثل هذه الحالات لوجود ذاكرة قوية وعملية تداعي سريعة للأفكار.

علاج السرعة الزائدة في الكلام:

يتم العلاج عادة عن طريق توجيه الانتباه إلى عملية السرعة الغير طبيعية في الكلام، وأحياناً يطلب من المريض أن يعرض مجموعة من الحوادث بشكل متسلسل ومنطقي وفي لغة بسيطة وواضحة، مع تدريب الفرد على القراءة كلمة فكلمة، وذلك من خلال فتحة صغيرة داخل قطعة من الورقة المقوى، تسمح برؤية كلمة واحدة من الجملة المكتوبة، وينقل القارئ الورقة المقوى كلمة فكلمة، على أن أن يقرأ بصوت مرتفع، ويجب أن يفهم المريض أهمية العملية الكلامية في نمو الفرد وعلاقاته وتكيفه، وأن عليه أن يبذل جهده من أجل العناية بكلامه والتأني في نطق الحروف وإخراج المقاطع بوضوح.

(٢) الخنخنة في الصوت (الخنف) Dyslalia Nasalis or Rhinolalia

(الخن-غن الكلام) خنة الإبدال (ديزلاليا)

هذا الاضطراب يحدث بسبب إخراج الصوت عن طريق التجويف الأنفي، وعدم انغلاق هذا التجويف أثناء النطق بالأحرف، وهذا الاضطراب يصيب الصغار كما يصيب الكبار، والذكور والإناث ويجد المصاب صعوبة في إخراج جميع الأصوات المتحركة والساكنة، حيث يتم إخراج هذه الحروف بطريقة مشوهة غير مألوفة، فتظهر الأحرف المتحركة وكأنها غناء أو لحن يخرج عن طريق الأنف، والأحرف الساكنة تظهر وكأنها شخير، مع إبدال وقلب وحذف بعض الأحرف (عدا أحرف النون والميم والأحرف الأنفية الأخرى).

ويكون المصاب موضع ضحك وسخرية من الآخرين، وهذا مايزيد من حدة قلقه، وصمته، وعدم ثقته بنفسه وانطوائه.

أسبابها: ويرجع السبب في ذلك في معظم الحالات إلى وجود فجوة ولادية في سقف الحلق، وتشمل على القسم الرخو أو الصلب من سقف الحلق، أو القسمين معاً، فقد يتعرض الجنين منذ الأشهر الأولى لتكوينه إلى عدم نضج الأنسجة التي تكون سقف الحلق أو الشفاه فيترتب على ذلك وجود فجوة قد تكون صغيرة، وقد تكون كبيرة، أو يحدث انشقاق في الشفاه (وخاصة الشفة العليا) (الشفة الأرنبية).

وفي حالات أخرى يكون السبب في حدوث الخنخنة عكس ذلك وذلك عندما يبقى طريق التجويف الأنفي مغلقاً، ومن المفروض أن يكون مفتوحاً لإخراج بعض الأصوات الأنفية وعادة يعالج هذا الاضطراب عن طريق إجراء جراحة الترقيع التي تهدف إلى التئام الفجوة (أو الفجوات أحياناً) في سقف الحلق، أو الشفاه، ثم يتم تدريب الطفل على الكلام.

ويحدث في بعض الحالات أن ينمو الطفل دون إجراء عملية جراحية، ويصبح من الصعب إجراء هذه العملية فيما بعد، وعند ذلك يلجأ الطبيب إلى تصميم جهاز عبارة عن سدادة أو غطاء مصنوع من البلاستيك من أجل سد الفجوة، ومساعدة الطفل على إحداث الأصوات بشكل صحيح. وقد تضايق هذه السدادة الطفل في نطقه في بادئ الأمر، وذلك لأن الطفل يكون قد اعتاد بعض العادات الكلامية، لذلك فهو يحتاج إلى تدريب كلامي، وعادة يتركز العلاج في مثل هذه الحالات على التدخل الجراحي لإزالة التشويه أو النقص في التركيب العضوي. وفي حالة تعذر التدخل الجراحي يتم تركيب سدادة البلاستيك وبعد ذلك يحتاج المصاب إلى تدريبات كلامية خاصة. لضبط عملية إخراج الهواء، وقد يستخدم لهذا الغرض قطعة صغيرة من الورق المقوى توضع في وضع أفقي أسفل الشفة السفلى ويوضع فوقها قليل من الريش الخفيف أو القطن، وتوضع قطعة أخرى مماثلة أسفل الأنف، ثم يطلب من الطفل النفخ، فإذا تحرك الريش من فوق القطعة السفلى كان ذلك دليلاً على خروج الهواء من الفم، وعلى المريض أن يتدرب على إخراج الهواء من فمه، ومن أنفه، وتجري للمصاب تمرينات منظمة لإدخال الهواء على أن تكون الشفاه في حالة استدارة، كما تجرى تدريبات على التثاؤب، وهي تساعد على رفع وخفض سقف الحلق الرخو، ويمكن تدريب الطفل على حبس أنفاسه فترة يقوم المعالج خلالها بالعد من (١:١٢).

وهناك تمرينات النفخ التي تجرى بالاستعانة بأنابيب زجاجية خاصة والهدف منها تدريب المصاب على استعمال فمه في دفع الهواء نحو الخارج لكي يتم تقوية الجزء الرخو

من سقف الحلق، ويمكن إجراء نفس التدريب بواسطة اللعب في نفخ عيدان الثقاب المشتعلة، أو قطعة الورق أو الريش أو القطن ...

وهناك طريقة أخرى لتدريب سقف الحلق الرخو تتضمن سد أنف الطفل بالأصابع ثم يطلب منه أن ينطق مع شيء من الضغط والنفخ بعض الحروف مثل الباء، والياء، وهناك أيضاً تدريبات لتمرين عضلة اللسان داخل وخارج فجوة الفم، وهناك تمرينات للشفاه، وهناك تمرينات للحلق، تعتمد على الشهيق والنفخ والتثاؤب معاً.

ويمكن للمدرب أثناء عملية التدريب الاستعانة بالمرآة حتى يلاحظ الطفل حركات لسانه وحركات النطق عامة، أثناء لفظ الحروف الساكنة، وعند إحداث كل صوت على حدة. وحتى تزول طرق النطق الخاطئة تدريجياً، ومن أسهل الحروف الساكنة التي يسهل تدريب المصاب عليها حرف الباء وهو من الحروف الشفوية، ومن أجل نطق هذا الحرف بشكله الصحيح يطلب من المصاب أن يغلق شفتيه لمدة ثانية أو ثانيتين مع محاولة ضغط الهواء من الداخل، ثم فتح الفم فجأة على شكل انفجار وأثناء ذلك يمكن وضع مرآة صغيرة أسفل الأنف ففي حالة تلوث المرآة بالبخار (بخار الماء خارج من التنفس) يكون ذلك دليلاً على أن الهواء يتسرب من أنف الطفل، كما أنه دليل على نطق حرف الباء، وإذا بقيت المرآة جافة أثناء التدريب كان ذلك دليلاً على أن الهواء يخرج من التجويف الزوري ثم الفمي حتى توقفه الشفتان وهما في تلاصق تام، ومن ثم تفتح الشفتان فيخرج الهواء منفجراً على شكل حرف الباء. وبعد التدريب على نطق حرف الباء يتدرب الطفل على نطق حرف (الثاء)، (الدال) وهما من الحروف الساكنة، ثم يتدرب على حرفي (س)، (س) مع مراقبة وضع اللسان، وبعد عملية التدريب والتحسن يصبح التدريب مركزاً على نطق كلمات ومقاطع ثم جمل.

ويجب ألا تزيد الجلسة العلاجية عن (٢٠-٣٠) دقيقة لأنها مجهدة للطفل.

(٣) الثأثأة Lisping

الثأثأة أو "لكنة حرف السين" من أكثر عيوب النطق انتشاراً بين الأطفال. وهي تلاحظ بكثرة فيما بين الخامسة والسابعة، أي في مرحلة إبدال الأسنان. نجد أن كثيراً من المصابين في هذه السن يبرءون من هذه العلة إذا ماتمت عملية إبدال الأسنان. وهناك أقلية تلازمها هذه العادة إلى أن تتاح لها فرصة العلاج الكلامي.

إن من أبرز أسباب الخطأ في نطق "حرف السين" عن طريق إبدالها بحروف أخرى كالثاء أو الشين أو الدال، إنما يرجع إلى العوامل الآتية:

(١) عدم انتظام الأسنان من ناحية تكوينها الحجمي، كبراً وصغراً، أو من حيث القرب والبعد، أو تطابقها وخاصة في حالة الأضراس الطاحنة والأسنان القاطعة، فيجعل تقابلها صعباً. ويعتبر هذا العيب العضوي التكويني، على اختلاف صوره من أهم العوامل التي تسبب الثأثأة في أغلب الحالات التي تعرض على العيادات الكلامية.

(٢) تحدث الثأثأة في بعض الحالات نتيجة لعوامل وظيفية بحتة لاشأن لها بالناحية التركيبية للأسنان. ومن هذه العوامل، التقليد، حيث يظهر من تتبع مثل هذه الحالات، أن هناك بين أفراد الأسرة من يشكون نفس الشكوى.

(٣) هذا وهناك عامل ثالث، نفساني، يؤدي إلى الثأثأة، في قلة من الحالات ويطلق على هذا النوع من الثأثأة (الثأثأة العصبية Neurotic lisping) وللثأثأة أشكال عدة، منها إبدال حرف السين "ثاء" ويلاحظ في هذه الحالات أن سبب العلة إنما يرجع إلى بروز طرفي اللسان خارج الفم، متخذاً طريقة بين الأسنان الأمامية.

وتأخذ عملية الإبدال في حالات أخرى شكلاً آخر، حيث تقلب السين (شيناً) وسبب العلة في هذا النوع إنما يرجع إلى تيار الهواء الذي يمر في تجويف ضيق بين الأسنان وسقف الحلق في حالة نطق حرف "السين" وهو الوضع الطبيعي لإحداث هذا الصوت، فينتشر تيار الهواء على جانب اللسان، إما لعدم قدرة الشخص على التحكم في حركات لسانه، أو لسبب آخر من الأسباب التي ترجع للناحية التشريحية في تكوين هذا العضو.

وفي طائفة ثالثة من الحالات تبدل السن إما ثاء أو دالاً، وفي طائفة رابعة من الحالات يستعين المصاب بالتجاويف الأنفية في محاولة إخراج حرف السين، حين يقتضي إخراجها على نحو سليم الاستعانة بالشفاة.

علاج الثأثأة:

علاج الثأثأة ليس سهلاً وميسوراً، وخاصة في الحالات التي طال إهمالها، فقد تنقلب بعد حقبة من الزمن إلى عادة متأصلة، تلازم الفرد في حديثه، فإذا كان طفلاً صغيراً غلب على أمره فيتعثر ويتلعثم، وتختلف استجابة الآباء والأمهات لهذا التعثر في النطق بالمرحلة الأولى من الطفولة باختلاف ثقافاتهم، فإما إغراق الطفل بالعطف والحنان، يؤدي

إلى نتائج عكسية، يفقد معها ثقته بنفسه، أو إلحاح في النقد وإصرار في التصحيح، ومن ثم تغرس فيه مشاعر النقص وإذلال النفس فيندفع إلى الانطواء والوقوف من المجتمع موقفاً سلبياً، وهو في الحالتين هدف للصراع النفسي. فإذا ماألحق بالمدرسة ووجد بين زملائه في حجرة الدراسة تفاقمت الحالة بتعرضه لسخرية رفاقه. وإذا كان صانعاً في مصنع أو عاملاً في متجر أو موظفاً في مكتب، أصبح مضغة في الأفواه، وهدفاً للنقد والتجريح من مرءوسيه ورؤسائه على حد سواء.

ويتضح من ذلك أن العلة في أصلها قد تكون عضوية، غير أنها مع مرور الزمن تحدث مشكلات نفسية لايستطاع التكهن بمدى تأثيرها عليه في مستقبل أيامه. وهكذا يتفاعل السبب الأصلي مع النتيجة المباشرة وتتكون من هذا التفاعل حلقة مفرغة تؤثر على حياته، والطرق العلاجية التي يقدمها الأخصائيون سبيلها ميسور، إذا يستطيع المصاب مباشرتها بنفسه بعد تعويده عليها في جلسات خاصة.

وأولى تلك الطرق أن ندربه على التحكم في حركات لسانه في أوضاع مختلفة داخل الفم وخارجه، ثم نتبع ذلك بتدريبه على نطق حرف السين، ويستعان على ذلك بمرآة توضع أمامه أثناء التدريب حتى يقارن بين مايقوم به الناس من حركات ومايقوم به هو أثناء نطق الحروف ذاتها فيتبين له الفرق ويظل كذلك حتى يتيسرّ له تحقيق التوافق بين القدرة الحركية والقدرة البصرية، وعندما يشعر بالتقدم تأخذ هذه التمرينات أشكالاً أخرى فبعد أن كان التدريب لنطق حروف منفصلة يصبح تدريباً على نطق مقاطع فكلمات فجمل. ويحسن اللاتزيد هذه الجلسات العلاجية عن مدة تتراوح بين ٢٠، ٣٠ دقيقة وإلا أجهد المصاب.

ويديهي أن العلاج الكلامي عن طريق الإعادة والتكرار والمشاهد والسمع ثم المقارنة لايؤتى ثمارة إلا بعد إزالة كل تشويه في الأسنان ومن ثم وجب أن يفحص المصاب أخصائي في الأسنان بإبداء رأيه وإجراء مايلزم في حدود اختصاصه إذا أريد للعلاج الكلامي النجاح في أقصر مدة ممكنة، ولاشك أن هذا النجاح يتوقف إلى حد كبير على تقديم المساعدة للمصاب كي تقلل من حدة صراعه النفسي وهذا يتطلب أن يسير العلاج النفسي والعلاج الكلامي جنباً إلى جنب.

الفصل السادس

من أقوى الاضطرابات الإيقاعية
اللجلجة

ملاحظتها، حيث يحدث له توقف أو احتباس أو قد يحدث اضطراب في وسط الكلام.

ويوجد قانون عام ربما يصف سلوك المتلجلج في الموقف الاتصالي مؤداه "أنه كلما كان تركيز الانتباه شديداً عند حدوث اللجلجة، كلما كان احتمال زيادة الكف الذي يحدث في سلوك المتلجلج في المواقف الاتصالية قائماً". ويكون لدى المتلجلج في الموقف الذي يستدعي اتصالاً من نوع ما -نوعان من الميل [إما أحدهما فهو أن عليه أن يتحدث ويتكلم، وأما الآخر فإنه يجب عليه أن يتجنب اللجلجة]. وهذان النوعان من الميل يمكن أن نطلق عليها المشاركة الإيجابية والمشاركة السلبية على التوالي، فالمشاركة الإيجابية تعبر عن رغبة المتلجلج في الكلام والمشاركة السلبية فهي تعبر عن رغبة المتلجلج في تجنب الكلام ليتجنب اللجلجة. ومن ثم تكون المشاركة الإيجابية عاملاً ميسراً، والمشاركة السلبية، عامل كف معوق.

تعريف اللجلجة:

اللجلجة Stuttering أو عقلة اللسان Stammering أو التهتهة أو الرُتّة في الكلام (نوع من التردد والاضطراب في الكلام، حيث يردد الفرد المصاب حرفاً، أو مقطعاً، ترديداً لاإرادياً مع عدم القدرة على تجاوز ذلك إلى المقطع التالي) واللجلجة حالة تواترية اهتزازية Clonic ، وهي تشبه حالة اعتقال اللسان حيث يعجز الفرد عن إخراج الكلمة أو المقطع إطلاقاً، إلا أن حالة اعتقال اللسان أشد من حالة اللجلجة، وتأخذ حالة اعتقال اللسان شكل تشنج أو توتر Tonic . ولقد اعتاد باحثي اللغة استخدام أحد اللفظين (اللجلجة، عقلة اللسان) بمعنى واحد لأنه غالباً ماتوجد الحالتين معاً.

ويطلق على ذلك بالعامية اسم (التهتهة) أو اللجلجة في الكلام، وتعتبر اللجلجة واعتقال اللسان من اضطرابات النطق، مع العجز عن التلفظ، والتردد في النطق. ونلاحظ على المريض باللجلجة اضطراباً في حركتي الشهيق والزفير أثناء النطق، مثل انحباس النفس ثم انطلاقه بطريقة تشنجية، كما نشاهد لدى المصاب حركات زائدة عن مايتطلبه الكلام العادي، وتظهر هذه الحركات في اللسان والشفتين والوجه، مع علامات الاضطرابات النفسية التي تشير إلى تأثر وانفعال وضيق.

من التعريفات التي أطلقت على اللجلجة التعريف الذي وضعه "ويندل جونسون

(١٩٦٧) (اللجلجة هي تلك المظاهر التي يقوم بها الشخص الذي يعاني منها عندما يحاول ألا يكون متلجلجاً مرة أخرى) وأنها أيضاً (اضطراب في إيقاع الكلام، وتوقف متقطع في الكلام، وهي تكرار تشنجي لحرف ما من الحروف).

وقدم بلومل Blummell تعريفاً يعتمد على أساس التفرقة بين اللجلجة الأولية Primary Stuttering واللجلجة الثانوية Secondary فيرى أن اللجلجة الأولية اضطراب في نطق الكلمات يظهر في شكل تقلصات تشنجية تعوق الجهاز الكلامي ولايكون لدى الفرد إدراك أو وعي باضطرابه الكلامي.

أما اللجلجة الثانوية فتتضمن وعي المتلجلج بأنه متلجلج ووعيه بأن الآخرين يعلمون ذلك ومن ثم يكون الفرد في حالة خوف وترقب من حدوث اللجلجة وهذا الخوف يزيد من احتمال لجلجته.

ويعرفها طلعت منصور بأنها "اضطراب في إيقاع الكلام وطلاقته يصاحبه توقف أو تكرار أو إطالة في الأصوات أو الحروف أو الكلمات وقد يأخذ شكلاً تشنجياً في عملية تشكيل أصوات الحروف فتخرج بصعوبة ومجاهدة بالغتين".

والخلاصة "اللجلجة هي اضطراب يغلب عليه أن يكون وظيفياً، وهي اضطراب في توصيل المعلومات للآخرين ولهذا الاضطراب أساسه النفسي والاجتماعي. ويبدو أن اللجلجة ظاهرة نمائية تتطور من شكل لآخر ومن الأفضل إلى الأسوأ مع مرور الوقت، وبالرغم من ذلك قد تتوقف عند مستوى معين من الشدة. وهي تبدأ عادة بشكل تدريجي منذ فترة الطفولة المبكرة، كما أنها تنتشر لدى الذكور أكثر من انتشارها لدى الإناث.

مراحل اللجلجة:

لقد وجد كل من شتاين L. S. Stein ، وفروشلز E. Froschles أن اللجلجة لدى المريض تتطور من مرحلة إلى أخرى تكون أشد خطورة من سابقتها وهذه المراحل تأخذ الأشكال التالية:

المرحلة الأولى: وفيها يصعب على المريض النطق، أو التعبير بوضوح، أو طلاقة عادية، مع بطء في الاستجابة الكلامية، وبذل الجهد، والانفعال من أجل إخراج الكلمات، وعادة تكون بداية الكلام بطيئة ثم يصبح الكلام سريعاً مع إعادة أجزاء الكلمة، وفي هذه

المرحلة لاتصادف حدوث انفجارات صوتية أو تشنجات، كما لايصاحب ذلك حركات عضوية شديدة، ومثل هذه الحالات قلما يهتم بها الآباء وتظهر على أنها حالات عادية، ويسمى (فروشلز) هذه المظاهر الإكلينيكية للجلجة في مراحلها الأولى باللجلجة التواترية التي يشوبها مظهر تواتري Clonic ، حيث يلاحظ بوادر الاهتزاز والتردد السريع ثم الاسترخاء في عضلات النطق (على العكس من حالات التشنج Tonic التي نشاهد فيها انقباضاً بسيطاً مستمراً في عضلات النطق دون اهتزاز أو تبادل في التشنج والاسترخاء).

المرحلة الثانية: ويلاحظ فيها عدم القدرة على النطق بوضوح، وخاصة في بداية الكلام حيث يلاحظ صعوبة في نطق الكلمة الأولى، ويصاحب ذلك إعادة أجزاء الكلام، مع وجود جهد واضح واستجابات انفعالية، وتغير في قسمات الوجه، ومحاولات الضغط على الشفتين، وعلى عضلات الحنجرة، وبذلك تحتبس طلاقة الكلام مع حدوث نوع من التوتر الذي يظهر بشكل حركات ارتعاشية أو اهتزازية متكررة يعقبها تشنجات لاإرادية، مع ترديد كلمات، أو أحرف دون القدرة على الانتقال إلى الكلمة أو الفقرة التالية، وعادة يصل الطفل إلى هذه المرحلة بعد حوالي (٦-١٢) شهراً من المرحلة الأولى، وتسمى هذه المرحلة بالمرحلة التشنجية الاهتزازية Clonic Spasm أو تسمى بمرحلة الاهتزازات (أو الارتعاشات الكلامية التشنجية Clono-Tonic لأن المظاهر الإكلينيكية العامة تجمع بين النواحي الاهتزازية والتشنجية.

المرحلة الثالثة: وتظهر هذه المرحلة بعد مضي مايقرب سنة من المرحلة الثانية، وهي أشد مراحل اللجلجة، ومن أعراضها تعسر (أو توقف) واضح في محاولة الكلام، بحيث لايمكن للمصاب أن يحدث أي صوت، وبالرغم من حركة أعضاء الكلام (الفك، واللسان، والشفاه) فإن المريض لايستطيع الكلام ويصاحب هذه المرحلة تشنج في عضلات الوجه، وارتعاش في الأطراف، والضغط على الشفاه، مع اهتزازات لاإرادية شديدة، وتباعد المسافة بين كل كلمة وأخرى، أو بين المقطع والآخر، وينتهي المقطع عادة بانفجار صوتي يدرك المريض أثره السيء على نفسه وعلى السامعين من حوله، وتصبح هذه الأعراض شبه راسخة لدى المريض، وقد يألفها، يعتاد عليها، ومن الطبيعي أن ذلك يؤدي إلى مشاعر القلق والإحباط ومشاعر الذنب، والشعور بالنقص، والعدوان، وقد يجعله يتخوف الحديث أو الكلام Speech Phobia .

وإذا نظرنا إلى اللجلجة في هذه المرحلة فإننا نجدها تتطور من حالة تشنج اهتزازي Clonic-Tonic يستمر لبعض ثوان إلى حالة تشنج توقفي خالص حيث نشاهد احتباس الكلام الذي يتبعه انفجار، وفي مثل هذه الحالات الشديدة نجد المريض يضغط بقدميه على الأرض، مع ارتعاش في رموش عينيه، وإخراج اللسان خارج الفم، وتحريك اليدين والميل بالرأس إلى الخلف، كل ذلك يهدف التخلص من حالة احتباس الكلام، (أو اعتقال اللسان كما يسميها البعض)، ويطلق على هذه الحالة الأخيرة Stammering حيث يعجز المريض عن إخراج الكلمة أو المقطع تماماً، وتعتبر هذه الحالة الأخيرة هي حالة توترية أو تشنجية Tonic ، ويعتبر كول L. Cole وندل چونسون W. Johnson (١٩٦٧) أن حالة اعتقال اللسان هي أحد أعراض اللجلجية الشديدة.

خصائص اللجلجة:

يوصف الكلام المتسم بالطلاقة بأنه الكلام الذي يخرج في تسلسل متصل من المقاطع الهجائية، فالحديث المتسم بالطلاقة هو الكلام المترابط السهل، المتسلسل، وفي مقابل ذلك نجد أن الكلام المتلجلج هو الكلام الذي يفتقر إلى هذه الخصائص الثلاث.

وعادة مايكون كلام الفرد العادي مكوناً من خمسة أو ستة مقاطع لفظية، في الثانية الواحدة، أما كلام الفرد الذي يعاني من لجلجة شديدة، فربما يتكون من مقطع واحد أو مقطعين في الثانية الواحدة.

وفي ضوء المقارنة بين الكلام السوي والغير سوي نستطيع تحديد عدة خصائص تميز ظاهرة اللجلجة نوضحها على الوجه التالي:

(١) التكرار Repetation

(٢) الإطالة Brolongation

(٣) التوقف Dlockage

التكـــرار:

يقصد بالتكرار لبعض عناصر الكلام، كتكرار حرف معين، مثلما يكرر حرف (أ) مثلاً في العبارة التالية (أ أ أ أنا ذاهب إلى ...) وهنا يقوم المتلجلج بتكرار مقطع كامل، مثلما يكرر حرفي فا (فا فا فاتلة).

وإذا كان العنصر المتكرر مجرد حرف فإنه يؤدي عادة في مقطع كامل عن طريقة إضافة حرف آخر إلى الحرف الأصلي المراد نطقه كإضافة (أ) في كلمة فريق فتكون كما يلي (فا فا فاريق) وهنا يقوم المتلجلج بتكرار كلمة بأكملها كما في لكن (انتظر لكن ... لكن) وحتى العبارة أو الجملة بأكملها قد تتكرر وفي كلام المتلجلج مثل (دعني أرى ... دعني أرى ... دعني أرى) ويكون هذا التكرار آلياً.

وهناك خصائص تميز عملية التكرار:

أولاً: خاصية العمودية:

ويقصد بها أن هذا السلوك أي "التكرار" يلاحظ وجوده دون استثناء في كافة كلام جميع المتلجلجين، ويحدث التكرار في مقطع واحد، أو مايسمى تكرار في جزء من الكلمة بنسبة ١٢٪ تقريباً من كلام الأفراد غير المتلجلجين، ولكن هذه النسبة قد تصل إلى ٦٣٪ في كلام الأفراد المتلجاجين.

والتكرار قد يكون سريعاً أو بطيئاً، وتكون سرعة التكرارات نتيجة إسقاط لبعض الحروف المتكررة، ومع تفاقم الاضطراب فإن النطق قد يغفل تماماً ليحل محله الهمس.

ثانيها: التوتر:

الذي يميز عملية التكرار هي أنه مع استمرار الخاصية الأولى (أي العمومية) فإن الشفاه تظل متوترة ومضمومة عند نطق الحروف والمقاطع والكلمات، بينما الفك يهتز ويرتعش إلى أعلى وأسفل. وعند هذه النقطة لايزيد السلوك عن كونه تكرارات ولكن مع إطالة صامتة لحرف (أ).

ثالثها: طول التكرارات:

اختلاف طول التكرارات من حالة لأخرى فقد يكرر المتلجلج العنصر مرتين أو ثلاثة ويستمر لأكثر من ثانية ونصف في المتوسط، إلا أن هذا لايمنع وجود تكرارات طويلة جداً لدى بعض المتلجلجين من آن إلى آخر.

رابعها: نمطية التكرار:

فقد يكون التكرار في جزء من الكلمة Part-Word أو الكلمة Word أو العبارة Phrase ، وعادة مايكون في بداية تكوين الجملة، وفي الجزء الأول من المقطع الأول من

الأول من الكلمة، ومن بين أكثر مايعانيه المتلجلجون أنهم يجدون مشقة في البدء فإذا ماانطلقوا مرة كان من السهل عليهم عندئذ الاستمرار في الحديث إلى حد ما.

خامسها: التكرارات اللاإرادية:

تحدث التكرارات بصورة لاإرادية، ويشعر المتلجلجون أثناءها كما لو كانت أفواههم في حالة يتعذر معها السيطرة وترتعش كلمتهم رغماً عنهم ويشعر المتلجلجون بكراهية شديدة لعملية التكرار، ذلك أنها تشعرهم بعجزهم عن النطق، وإن التكرار انحراف عن الكلام بطريقة غير سوية، فيصبح المتلجلج مثاراً للسخرية نتيجة لهذا النمط الشاذ من الكلام.

٢-الإطـــالـة:

الإطالة هي محاولة من جانب المتلجلج لإطالة نطق المقاطع والكلمات للخروج من مأزق التلجلج أثناء الكلام، ويمكن أن يضاف إلى الإطالة كخاصية من الخصائص المميزة للجلجة-إدخال حرف أو صوت غريب أو دخيل على الكلمة، ويستهدف المتلجلج من ورائه استهلاك الوقت، وذلك عن طريق الإطالة في أي حرف من الحروف وقد تكون هذه التكرارات عبارة عن تزايد أو تناقص في تدفق الهواء من وإلى الحنجرة، وتصنيف الإطالات، بعض الخصائص إذا وضعت جانباً إلى جنب مع خاصية التكرارات فهما معاً-يستمران حوالي ثانية واحدة، ويحدثان بشكل لاإرادي، على الرغم من أن بعض المتلجلجين يقومون بمد الحروف بطريقة إرادية ليمنعوا تكرارها أو ليهربوا من تكرارها.

٣-التوقـــف:

يعني التوقف الامتناع عن الكلام للحظة-انغلاقاً في مكان ما بالأحبال الصوتية مع توقف وجمود الحركة الآلية، بالإضافة إلى ضغط مستمر من جانب الهواء الموجود خلف منطقة الإعاقة، مصحوباً بتوتر عضلي في هذه المنطقة من جهاز الكلام.

ومع تفاقم الاضطراب فإن التوقفات قد تطول أو تقصر في مدتها، كما قد يقوم المتلجلجون بتأدية بعض السلوكيات التي تساعدهم على الخروج من هذا التوقف مثل التعبير بهزة الرأس أو الذراعين ويطلق على هذه الأنماط من السلوك مصاحبات التوقف.

اشكال اللجلجة:

يميز بعض علماء النفس الإكلينيكيين بين حالات اللجلجة الحقيقية والحالات الحادة بأن للجلجة شكلين أساسيين هما:

١- اللجلجة الاختلاجية أو الاهتزازية Clonic-Stuttering :

يظهر هذا الشكل من اللجلجة تكراراً أو إعادة لبعض الحروف والمقاطع الصوتية، وذلك بصورة عفوية لاإرادية، وبحيث يتعذر على الفرد التحكم في ذلك أو كبح ذلك، ويظهر هذا التكرار جلياً واضحاً في بداية الكلام، وعند أول حرف من الكلمة، أو عند أول كلمة من الجملة، بيد أن الكلمة التي يتعثر فيها المصاب في موقف ما قد يكون بوسعه أن ينطقها في أوقات أو مواقف أخرى ذات ظروف مختلفة من المواقف الأولى، ويحدث هذا الشكل من اللجلجة بسبب تشنج عضلات التلفظ عند محاولة الكلام، وقد يكون لفظ بعض الأحرف أو الكلمات أو المقاطع أكثر صعوبة من غيرها، فالمريض يتلعثم عندما يحاول النطق بحرف ساكن في بداية الكلام-مثل (ب ب ب بلد) (ع ع ع عندي) وتزداد حالة اللجلجة الاختلاجية بسبب الانفعال أو التحدث أمام الغرباء أو الناس، ويعتبر هذا الشكل من اللجلجة أبسط من الشكل الذي يليه، وهو يكثر لدى الذكور منه لدى الإناث بنسبة ٥/٤ وقد يبدأ هذا الشكل من الاضطراب بشكل باكر في حوالي عمر (٢-٣) سنة أو بين عمر (٦-٨) سنة، وهما الفترتان الحرجتان في تطور الكلام، أو قد يصاب الفرد بهذا الشكل من اللجلجة في وقت متأخر من عمره وهذه حالات نادرة.

٢- اللجلجة التشنجية أو الانقباضية (أو عقلة اللسان) Tonic-Stammering

ويتصف هذا الشكل من اللجلجة بأنه أكثر شدة حيث نجد الكلام لدى المريض يتوقف بشكل لا إرادي ومفاجيء ولامبرر له، ويؤدي ذلك إلى حبسة أو (عقلة) في الكلام قد تطول أو تقصر مدتها، كما ينجم عن ذلك تقطع في مسار الحديث ويكون التوقف في الكلام جلياً واضحاً عند البدء في الإجابة عن بعض الاستفسارات لدرجة أنه إذا أغفلنا تعابير وجه المصاب وحركاته الإيمائية نعتقد بأنه لم يفهم السؤال أو أنه عزف عن الإجابة بشكل نهائي، وهذا مادفع بعض الباحثين إلى تسمية اللجلجة التشنجية التي يصاحبها احتباس في النطق أو عقلة في اللسان باللجلجة الكفية Inhibition Stuttering ، وبعض المصابين بهذا الشكل الحاد من اللجلجة يجدون أنفسهم مرغمين على استعمال

وسائل أخرى تساعدهم على الاتصال والتفاهم مع الغير مثل (الكتابة) ومع ذلك فقد وجد أنه وبكلتا الحالتين يكون كلام المريض غير منسقاً مهتزاً، وحيث تكون التكرارات لاإرادية، والبداية الانفجارية المباغتة، مع تكرار أحرف أو كلمات لاصلة لها في الجملة، المراد النطق بها، ولاصلة لها بالكلام مثل (أريد أن أشتري كا كا كا كاجنب) ويسعى المريض إلى طرق مضطربة لغوية من أجل حشو الفراغ والفجوات الفكرية، وهذا الحشو يمكن أن يأخذ شكل إسهاب في الكلام، أو تكرار كلمات يكون لها في كل مرة معنى ومدلول مختلف (ألاترى، أليس كذلك، أفهمت) وقد تتركز عملية الحُبْسَة أو الكف الكلامي على بعض الأحرف أو الكلمات لذلك نجد المريض يتحاشى هذه الحروف والكلمات أو أحياناً يلجأ إلى التورية، وغالباً ماتستمر اللجلجة الشديدة مع تقدم العمر.

اسباب اللجلجة-وعقلة اللسان:

لقد خرجت العديد من النظريات لبيان الأسباب المؤدية للجلجة وتتبين من هذا الصعوبة الكبيرة في تحديد قطعي للإصابة بسبب معلوم، فهناك تداخل وتشابك بين العناصر المؤدية للإصابة باللجلجة.

فهناك من يرجع ذلك للسيطرة الدماغية، حيث يرى (ترافيس) أن تحويل طفل أعسر للكتابة بيده اليمنى مدعاة لحدوث اللجلجة في الكلام. ويرى آخر أن استعمال أحد اليدين بقوة العين الباصرة، فالعلاقة بين قوة العين واليد علاقة توافقية طردية بعكس العلاقة بين المخ واليد فهي علاقة عكسية. وهناك آخرون يرون أن الوراثة هي السبب الأول وأن اللجلجة موروثة مثل لون العين والشعر. بينما أثبتت العديد من الدراسات والأبحاث أن اللجلجة ترجع للإصابة بأمراض عضوية، وعلى ذلك يمكن أن نلخص هذه الأسباب والعوامل فيمايلي:

(١) عوامل وراثية.

(٢) عوامل عضوية وانحرافات جسمية تكوينية.

(٣) عوامل نفسية انفعالية.

(٤) عوامل بيئية أساسها المران والألفة والعادة (التعليم).

(١) العوامل الوراثية:

تشير الدراسات التي أجريت على عينات من المتلجلجين إلى وجود اضطرابات مماثلة بين أفراد آخرين داخل أسرة المريض، ولعدة أجيال، وهذا مايشير إلى دور عامل الوراثة، ولكن تبين أن الوراثة لاتتبع في اللجلجة نموذجاً واحداً، ووجد أن نسبة تقدر بحوالي ٢٥٪ من المتلجلجين ترجع إلى عوامل وراثية قبل أو بعد ولادية على شكل استعداد للإصابة وفيما يقترب من نسبة ٣٠٪ من الحالات كانت ترجع إلى استعدادات وراثية، وقد تم إدخال عامل التقليد والمحاكاة في حالة كون أحد الوالدين أو أحد أفراد العائلة يعاني من اللجلجة، وقد وجد سيمان Seeman أن العوامل الوراثية في مجال اضطرابات الكلام يمكن أن يرتبط ببعض الاضطرابات العضوية، حيث تصبح هذه الاضطرابات بمثابة تربة خصبة لاضطرابات الكلام واللجلجة مثل ضعف وراثي في جهاز التنفس أو جهاز الكلام، أو في الجهاز العصبي ... أو ماأشير إليه تحت اسم العامل المجهول X. Factor أي عامل الاستعداد للإصابة.

وبالنسبة للجنس وجد أن نسبة المتلجلجين الذكور أعلى من المتلجلجات الإناث بنسبة أربعة أضعاف تقريباً، علماً بأنه لايوجد هناك فوارق بين الجنسين في المظاهر الإكلينيكية للجلجة. وقد فسر العلماء ذلك بالعامل الجنسي الوراثي وأن الإناث لهن مقاومة كبيرة ضد العوامل الوراثية.

(٢) العوامل العضوية والانحرافات الجسمية التكوينية:

كان يعتقد بأن اللجلجة ترجع إلى عوامل جسمية عضوية مثل خلل في تكوين اللسان، أو الإصابات المخية أو غير ذلك من إصابات أو اضطرابات عضوية على أنه بدأت تشيع في الأربعينات وجهة نظر تفسر اللجلجة بأنها ترجع إلى نقص في السيطرة المخية العادية Normal Celebral dominance كما أشار ترافيس L. F. Travis بأن أهم أسباب اللجلجة واعتقال اللسان هي أسباب نيورولوجية تتلخص في إجبار طفل أعسر على أن يستخدم يده اليمنى في الكتابة.

وتعتمد وجهة النظر هذه على سيطرة إحدى نصفي كرة المخ على حركات الجانب المخالف من الجسم، فإذا طلب من طفل أعسر الكتابة باليد اليمنى فإن ذلك يؤدي إلى زيادة في سيطرة نصف الكرة المخية الأيسر، وبذلك يتم تعادل وظيفي بين نصفي كرتي المخ

يؤدي إلى اللجلجة في كلام الطفل. وقد رأينا في السابق كيف أن البعض ربط بين قوة العين الباصرة واليد، ومنهم من ربط بين عوامل التدريب والتعلم واليد.

وقد فسَّر البعض علاقة اللجلجة بالسيطرة المخية أن الطفل عند ولادته يكون لنصفي كرة المخ نفس القدرة على التطور والنمو، ولكن عملية التدريب والتعود منذ الصغر وبسبب مكونات واستعدادات وراثية ينمو نصف كرة مخية وظيفياً دون الآخر، وعادة هو النصف الأيسر من المخ. ولقد وجد بعض الفسيولوجيين أن كتابة الطفل الأعسر بيده اليمنى يؤدي إلى تنشيط المنطقة اليسرى في الدماغ وخلق بؤرة عصبية جديدة تثير باستمرار موجات عصبية كهربائية تودي إلى اضطراب وظيفي في المنطقة يظهر على شكل لجلجة.

(٣) العوامل النفسية الانفعالية:

إن العلاقة بين اللجلجة والحالات النفسية بديهية جداً ووثيقة الصلة، ومعظم المهتمين باضطرابات اللغة والكلام، وبإعادة التربية يقرون أهمية ودور هذا العامل، وقد بدأت الملاحظات الأولى حول هذا العامل عندما تم إجبار الطفل الأعسر على الكتابة باليد اليمنى مما أدى إلى غضبه، وانفعاله، وشعوره بالنقص، وعدم الثقة والإيحاء له بشذوذه وهذا مايؤدي بدوره إلى انطواء الطفل وعزلته وحساسيته تجاه مشكلته، وخاصة إذا كانت ردود فعل الكبار من حول الطفل تتسم بالسلبية، والقسوة، أو الضرب، أو التهديد من أجل أن يصحح الطفل نطقه وكلامه، ودون فهم لمشكلته، ممايحدث لدى الطفل صراعاً يتبعه بمحاولات تجنب الحديث أو الكلام خشية العقاب، وهذا بدوره ينمي لدى الطفل مجموعة من الاضطرابات اللغوية الأخرى ...

بالإضافة إلى ذلك فإن المتتبع لحالات اللجلجة يجد بأن هذه الحالات تظهر وتشتد في مواقف وظروف نفسية انفعالية معينة، مثلاً إن الطفل إذا كان بمفرده فإنه يتكلم بشكل عادي، فأما إذا كان أمام الآخرين فإنه يتلجلج، ولكن هل اللجلجة هي فعلاً عرض نفسي؟؟ أم أن العامل النفسي يزيد من حدة الاضطراب ويظهره بوضوح أكبر؟؟

إن الدراسات التي اعتمدت على دراسة التاريخ الشخصي والملاحظة الإكلينيكية تشير إلى وجود حالات من اللجلجة كانت تعاني من اضطراب نفسي، وظهرت اللجلجة جنباً إلى جنب مع العامل النفسي، كما أن هناك حالات من اللجلجة ظهرت فجأة بعد

صدمة نفسية شديدة.

وتعتبر (بربارا) اللجلجة تبعاً لاعتبارات تحليلية أو اجتماعية كاستجابة اجتماعية مرضية والعوامل الأساسية المساهمة في ذلك هي (القلق والخوف) المرتبطان بخبرة مؤلمة عاشها الطفل المتلجلج وهي خبرة في إطار اللغة والكلام. ويربط (وايات G. Wayatt اللجلجة بعلاقة الأم بطفلها وبنوعية هذه العلاقة وخاصة فيما يتعلق بالبدايات اللغوية الأولى المثبطة أو الكافة والتي تبنى تدريجياً عند المتلجلج السلوك العصابي، ويعزوها البعض إلى أنها حالة عصابية بسبب الصراع النفسي وعوامل الحرمان العاطفي.

وتشير مدرسة التحليل النفسي إلى أن النزعات والدوافع المكبوتة المرغوب فيها أفضل مايترجمها ويعبر عنها الفم والأعضاء التنفسية (التي هي أعضاء كلام أيضاً) فاضطراب الكلام قد ينشأ بسبب عملية كبح الميول العدوانية وزيادة قوة الكبت، فالتوترات الناجمة عن عوامل العدوان، والخوف، والكبت، قد تؤدي في بعض المواقف الإجهاد النفسي وضعف الأنا إلى اللجلجة (أو إلي اضطرابات كلامية أخرى)، وخاصة إذا انتشرت عملية الكبح إلى عضلات النطق والكلام.

وهناك من يفسر اضطرابات النطق واللجلجة بأنها نكوص إلى الطفولة حيث التثبيت في المرحلة الفمية (من مراحل نمو الليبيدو) وإلى الارتباط بين الكلام والنزعات العدوانية نحو الأبوين، نزعات مثل العض والقضم. فعندما يتعرض الطفل إلى قسوة أو خوف فإنه يستجيب بإغلاق فمه أو بالامتناع عن النطق والكلام الذي يأخذ شكل لجلجة.

واعتبر بعض المحللين اللجلجة بمثابة امتداد لأصوات الرضاعة حيث غالباً مايوجد لدى المتلجلجين حتى الراشدين منهم حركات مص، أو عض، أو مضغ وهذا يرجع إلى نموذج الأم، فالأم القلقة تفرض على طفلها في علاقاتها التبعية وعدم الاستقلال عنها، وهذا مايؤدي بالطفل إلى تأخر اجتماعي ولغوي باعتبار اللغة وسيلة للاستقلال.

(٤) العوامل البيئية الاجتماعية (أساسها المران والألفة والعادة (التعلم)).

يرى أصحاب هذه النظريات أن للجلجة أسباباً بيئية-اجتماعية، ومنهم (شيهان Sheehan الذي يرى أن اللجلجة تنشأ نتيجة صراع حول الذات والدور، وهي اضطراب في عملية تقديم الذات للمجتمع وماتتعرض له من مواقف، ويفسر "جونسون Johnson

اللجلجة كظاهرة تشخيصية المنشأ، حيث تحدث نتيجة لمعاملة الوالدين للطفل الذي يتلجلج لجلجات عادية، فيعاملونه باعتباره متلجلجاً مما يؤدي به إلى أن يصبح متلجلجاً بالفعل.

ومما يؤكد الأسباب البيئية لظاهرة اللجلجة، التفاوت بين البيئات في ظهور نسبة المتلجلجين بها، فاللجلجة تظهر بشكل أكثر في البيئات الغربية عنها في البيئات الشرقية، في حين تكاد تختفي في الشعوب البدائية، ولعل ذلك يرجع إلى أن البيئات الغربية من حيث متطلباتها الحضارية أكثر تعقيداً من البيئات الشرقية.

ونفس الشيء ينطبق على البيئة الحضرية بالقياس إلى المجتمعات الريفية، وهذا ما أشار إليه "القوصي" بأن ظاهرة اللجلجة أكثر انتشاراً في المدن عنها في الريف، مما يشكل عبئاً على تفكير الفرد وتعبيره فيسبب له بعض الاضطرابات المتصلة بعملية الكلام ومن بينها اللجلجة.

ويرى أصحاب المدرسة السلوكية وفق نظريات التعلم والإشراط أن ظاهرة اللجلجة سلوك متعلم مكتسب عن طريق محاكاة أو تقليد الآخرين، أو عن طريق تعزيز مواقف اللجلجة لدى الطفل عن طريق الأبوين بسبب إفراطهم في الرعاية والتدليل خشية على مصير الطفل، أو بواسطة الاشتراط حيث يتم الاقتران بين مواقف الكلام والمواجهة من قبل الطفل، ومواقف الضرب والقسوة والحرمان (تعزيز سالب) مما يؤدي للطفل إلى عدم النطق أو اللجلجة عند المواجهة كشكل من أشكال التوافق خشية العقاب.

هذا التعلم الشرطي يتم من خلال أربع صور للاشتراط هي:

(١) الاشتراط التقليدي. (٢) الاشتراط الوسيلي.

(٣) الاشتراط الجماعي. (٤) الاشتراط البديلي.

(١) الاشتراط التقليدي (الكلاسيكي)

يرى كل من (شوميكر وبروتن) أن التكرارات والإطالات تحدث عندما يكون المتلجلج قلقاً، وهذا القلق بمثابة الاشتراط الكلاسيكي مع اللجلجة. فيعتري غالبية المتلجلجين قلق أثناء المواقف الكلامية، ولا يستطيع المعالجون إهمال قلق المتلجلجين، لأن المتلجلجين أدركوا أن قلقهم الزائد إزاء الكلام يتطلب علاجاً، ومن ثم تتكون حلقة مفرغة مؤداها "أن القلق يتسبب في حدوث اللجلجة وتتسبب اللجلجة في حدوث القلق" وهذا

مايجعلهم بالتالي يعانون من القلق في المرات القادمة في المواقف المتشابهة.

(٢) الاشتراط الوسيلي:

قد تكتسب اللجلجة أو على الأقل تظل وتبقى عن طريق الاشتراط الوسيلي، ويعزز ذلك العامل الكلينيكي المكسب الثانوي. فإذا وجد المتلجلج تعزيزاً لنمط سلوك اللجلجة، فسوف يصعب عليه أن يغيره، وهناك عدة طرق لتعزيز سلوك اللجلجة تتلخص في أشكال الاهتمام الوالدي أو اهتمام الرفاق. فقد يستخدمها البعض لينالوا مايريدون حتى بالرغم من تعرضهم أحياناً للسخرية، إلا أنهم قد يقيمون وزناً أكبر لما يحصلون عليه من "مكاسب ثانوية".

(٣) الاشتراط الإحجامي:

يشير العديد من المنظرين السلوكيين إلى أن سلوكيات المجاهدة والمقاطعة هي محاولة لإخفاء اللجلجة أو تجنبها لتأجيل حدوثها أو الإقلال من تأثيرها على المستمعين. وفي الحقيقة فإننا نجد الملامح الثانوية المصاحبة للجلجة ماهي إلا سلوك يكتسب عن طريق الاشتراط الإحجامي، كأن يأخذوا نفساً عميقاً قبل بدء الكلام، لأنهم يكونون خائفين من أنهم لو لم يفعلوا ذلك في تلك الظروف فإن اللجلجة ومايتبعها من سلوكيات غير سارة سوف تحدث بشكل أكثر تنفيراً مما يحدث مع تلك المصاحبات. وتجسد النظرية الموقفية هذه الفكرة. فمن خلال الإشارات المرتبطة بصعوبات كلامية سابقة فإن المتلجلجين يتوقعون صعوبة عند بدء التكلم، ويتخلصون مؤقتاً من الخوف ويجاهدون لأن يتكلموا.

(٤) الاشتراط البديلي:

كثيراً مايكون سبب اللجلجة هو تقليد الطفل أحد أقاربه أو الجيران أو لأحد الضيوف. وهناك طريقتان تكون أحدهما أو كلاهما وراء عامل المحاكاة ومن ثم ظهور اللجلجة عند الطفل:

الأولى: أن رد الفعل السلبي من جانب الآباء تجاه صعوبة طلاقة طفلهم باللامبالاة، أو بأن يكونوا متجهمين، أو بقلة الاهتمام في حين أن البعض الآخر من الآباء قد يلفت نظر الطفل إلى اللجلجة بأن يقول له كلمات مثل: استرخ-ابطيء من كلامك ... وهكذا وقد يتعلم الطفل الخوف بعدة طرق ومثالنا في ذلك (الآباء الذين يذكرون لأبنائهم بأنه لاداعي للخوف من الكلاب، لكنهم عند سماعهم نباح الكلب يفرون بعيداً عنه) هذا النوع من

التعليمات يعلم الخوف وليس الثقة.

الثانية: أن الطفل يكتسب اتجاهاً مخيفاً إزاء صعوبة الطلاقة بواسطة الاشتراط البديلي أو التعويضي، فالآباء يكونون متلجلجين وينعكس هذا الاكتساب في كلماته، صوته، طريقته في التعبير بالكلمات.

سمات شخصية المصاب باللجلجة:

تشير الدراسات النفسية بأن الفرد الذي يعاني من اللجلجة هو من النوع الحساس، القلق، الذي يعاني من مشاعر النقص، وعدم الطمأنينة، وهو فرد منطوي، ميال إلى كبت المشاعر، وقمع الأفكار، يعاني من حرمان عاطفي شديد يعوضه أحياناً عن طريق العدوان، وهو طفل خجول، وبطيء الحركة، ولايستطيع ضبط الحركات الإرادية والتحكم فيها، وخاصة حركات اللسان، والفك، والشفاه، وحتى العضلات الأخرى الغير مستخدمة في الكلام، وهو أضعف من الفرد العادي من حيث الأنشطة التي تشمل الجري، والصعود، والنزول، والقفز، والتوازن. وقد وجد أن معدل النبض لدى مريض اللجلجة يرتفع إلي (١٣٠) نبضة في الدقيقة، بينما المعدل العادي هو (٧٥) نبضة في الدقيقة.

تشخيص حالات اللجلجة:

لابد من أجل تشخيص حالة اللجلجة من عرض الحالة على أخصائي في أمراض النطق والكلام والحنجرة، لإجراء الفحوص الطبية اللازمة لجهاز الكلام، ثم إجراء الفحوص العصبية، والتحاليل الدموية، ومشاهدة الحالة عن قرب، والاستفسار من الأهل أو ذوي المريض عن أعراض الحالة، ومتى بدأت، والإصابات أو الاضطرابات التي تعرّض إليها المريض، وحتى يتم تشخيص حالة اللجلجة بشكل صحيح وحقيقي يميزها عن الحالات الأخرى المشابهة، وحتى يتم التأكد من السلامة العضوية للمريض أو اتخاذ الإجراءات العلاجية العضوية اللازمة، ولابد من تدخل الأخصائي الإكلينيكي لإجراء دراسة مفصلة عن تاريخ الحالة وتطورها، وعلاقة المريض بأسرته، وقد يضطر إلى تصميم وسائل خاصة تعتمد على مواقف تتطلب المحادثة أو القراءة أو الكلام بالإضافة إلى اختبارات قدرة عقلية، وبحيث تكون الفحوص النفسية والشخصية مكمِّلة للفحوص الطبية، وبعد جمع معلومات كافية يمكن تحديد البرنامج العلاجي الذي يناسب الحالة. كما يمكن الكشف عن السبب العضوي، أو السبب النفسي، وتحديد خطورة الحالة ودرجة حدتها.

وتفيد الاختبارات النفسية لتشخيص سمات الشخصية، ومستوى التوافق، ومستوى القدرة العقلية العامة، ومستوى التحصيل الدراسي، والكشف عن المشكلات الداخلية لدى الطفل، وعلى أن تكون هذه الاختبارات مناسبة لعمر الطفل ومدركاته، ومعظم هذه الاختبارات النفسية تصلح في عمر المدرسة الابتدائية فيما بعد، حيث يمكن للطفل التعبير عن أجوبته بشكل واضح.

"أساليب علاج اللجلجة"

يرتكز علاج اللجلجة على مجموعة من المبادئ المستمدة من التجارب المأخوذة من المراكز المتخصصة للصم، والبكم، ومن أساليب إعادة التربية مع شيء من المرونة والتعديل، ومن هذه المبادئ:

١- مراعاة عمر المريض والوضع الثقافي، والمدرسي، والأسري.

٢- ترجع اللجلجة في الغالب إلى عوامل نفسية وتنشأ في الطفولة وتتطور مع الزمن.

٣- مريض اللجلجة يعاني من القلق، والخجل، ومن عدم الطمأنينة لذلك لابد من إعادة ثقته بنفسه، وتشجيعه على ممارسة الكلام وتعديل مدركاته عن ذاته.

٤- لابد من التعاون بين الأخصائيين والفرد المصاب والأسرة، والمدرسة معاً.

٥- النظر إلى جميع نواحي شخصية المريض نظرة كلية ومتكاملة (الجانب العضوي، والفكري، والنفسي، والاجتماعي ...)

٦- يجب النظر إلى حالة المريض نظرة فردية، لأن الأعراض الواحدة قد ترجع إلى عوامل مختلفة.

٧- تتبع الحالة بعد العلاج للوقوف على مدى التحسن (أو الانتكاس) ويمكننا أن نلخص الاتجاهات العلاجية السائدة في علاج أشكال اللجلجة بمايلي:

أ- العلاج الطبي للحالات التي يصاحبها إصابات أو اضطرابات عضوية.

ب- علاج نفسي لتخفيف حالة القلق والصراع ومشاعر الخوف لدى المريض.

جـ- علاج كلامي يتناول تصحيح جوانب النطق والكلام الشاذة.

د- علاج بيئي-اجتماعي.

(أ) العلاج الطبي

ويعتمد على معالجة نواحي النقص العضوية التي أشرنا إليها في حديثنا عن الأسباب العضوية المؤدية إلى اللجلجة، ويمكن إجراء بعض العمليات الجراحية (كما في حالة الزوائد الأنفية، أو التهاب اللوزتين، أو ترقيع سقف الحلق ...)

كما يمكن وصف الأدوية من قبل طبيب أخصائي علماً بأنه لايوجد حتى الآن دواء فعال ضد اللجلجة، ومعظم الأدوية التي تعطي للمرضى الذين تطورت لديهم اللجلجة إلى الشكل الحاد التشنجي أو الانقباضي، وهذه الأدوية معظمها تحتوي على مهدئات من القلق والانفعالات وعلى اعتبار أن معظم حالات اللجلجة ترجع إلى عوامل نفسية واضحة، ويعتقد بعض الأطباء أن الدواء الفعال ضد اللجلجة هو المضاد للتشنجات (كما في أدوية الصرع) كما تفيد أيضاً المهدئات النفسية.

(ب) العلاج النفسي

يتضمن العلاج النفسي مجموعة الأساليب الآتية:

١- طريقة اللعب Play method

٢- طريقة التحليل بالصور Picture Discussion

٣- مناقشة مشكلات المريض مع نفسه ووالديه ومدرسيه.

٤- العلاج بالإيحاء Suggestion Therapy

٥- العلاج بالإقناع Persuation Therapy

٦- العلاج بالاسترخاء Relaxation Therapy

٧- العلاج السلوكي الظلي Shadowing Therapy

٨- العلاج السلوكي المنفر Aversion Therapy

٩- التحليل النفسي المختصر Prief Psychoanalysis

١٠- العلاج الكلامي Speech Therapy

وتستخدم طرق العلاج النفسي بشكل مختص، وذلك لمواجهة الحالات المتزايدة، ويحتاج العلاج النفسي المختصر إلى خبرة ومهارة فنية، ومن أهم أهداف هذه الطرق النفسية توضيح مشكلات المريض، ودفاعاته، مع تعليم المريض كيفية التغلب على هذه

المشكلات، ويتم التركيز على أهم النقاط في حياة المريض التي هي أكثر اتصالاً بمشكلاته.

١- طريقة العلاج باللعب Play Therapy :

اللعب لدى الأطفال (والكبار والمراهقين) يفيد في العلاج النفسي، حيث يعتبر اللعب مجالاً سمحاً، حراً، تلقائياً للتعبير عن العواطف، والاتجاهات، والمشاعر، والإحباطات والقلق، ومواقف عدم الأمن ... ويتيح اللعب فرصة التحرر من الرقابة القاسية بالنسبة للطفل، ومن تحويل المشاعر مثل الغضب، والعدوان، والرفض إلى أشياء أخرى بديلة، والتعبير عنها رمزياً مما يخفف عن الطفل الضغط والتوتر الانفعالي، وقد تلاحظ أثناء لعب الطفل قدرات الطفل، وميوله، ومواهبه، وبعض سمات شخصية مثل الانطواء، أو العزلة، أو التعاون والمرح، أو الميل إلى المشاركة والعدوان ... ويمكن للطفل المصاب باللجلجة ومن خلال علاقته الجيدة مع المعالج أن يكشف عن ذاته الحقيقية، وأن ينفس عن رغباته المكبوتة أو التي حرم أو قاسى منها، كما أن الطفل حين يترك يلعب بحرية وطلاقة مع الآخرين لفترة بسيطة من الزمن وهو في مأمن عن المراقبين والملاحظين، وبحيث يحسب نفسه أنه في معزل عن الملاحظة، نجده يحرر نفسه ويرسلها على طبيعتها دون خوف، أو خجل، أو حرج وبإمكانه أن يعبر عن ميوله المكبوتة ومشاعره الدفينة التي يلتقطها المعالج، ويسجل ملاحظاته عنها وعن سلوك الطفل، وحركاته.

من هنا يمكن أن نقول بأن للعب العلاجي عدة أهداف أولها تشخيص الأعراض المصاحبة للحالة (هدف تشخيص Diagnostic Purpose) فالطفل الذي يغار من أخته الأصغر أو أخيه الأصغر نجده يحاول تدمير اللعب التي تشير إلى ذلك. ويمكن للطفل المصاب باللجلجة أن يخاطب اللعبة بكلمات، أو أن يقوم بحركات تنم أو تعكس الظروف التي يعيشها ضمن أسرته ...

ويمكن للمعالج من خلال ملاحظاته للعب الطفل أن يسجل بعض الملاحظات المتعلقة بالآباء ويعمل على تقديم النصائح والإرشادات اللازمة لهم، وفيما يتعلق بمشكلة طفلهم، أو تسجيل بعض الملاحظات التي تتعلق بالمدرسة ... وهذا هو الهدف الثاني للعلاج باللعب (هدف توجيهي أو إرشادي Counselling Purpose) .

أما الهدف الثالث فهو (الهدف العلاجي Therapeutic Purpose) حيث أن

المشاعر والنزعات العدوانية لدى الطفل المصاب باللجلجة يمكنها أن تتحسن وتظهر خلال اللعب، وقد تبين أن ممارسة الأطفال الذين يعانون من اللجلجة لألعاب حرة يؤدي إلى إظهار دوافعهم ورغباتهم المكبوتة، أو التي حرموا منها، ويعانون من أجلها (عملية تنفيس انفعالي) وهذا مايخفف لحد ما من مشكلات المريض، ويلعب دوراً في التخفيف من حدة اللجلجة لديه، إلى جانب دور المعالج وسياسة العطف والمحبة، والثقة مما يجعل الطفل يشعر بحرية أكبر ويعبر عن مشكلات أعمق، كما أن وسط اللعب له فوائد في حد ذاته فهو يجعل الأفراد يعيشون في جو اجتماعي، وصداقات جيدة.

هذا وقد تطورت أساليب اللعب العلاجية من استخدام العرائس، أو المكعبات أو اللعب العادي ... حتى أصبحت تناسب تشخيص بعض الحالات لدى الراشدين، ويفترض عادة استخدام لعب وألعاب تمثل أطفالاً، وراشدين، ذكوراً، وإناثاً، ونماذج للإناث، وللمنزل، ولغرفة النوم، والحمام ... الخ، ويمكن أن يطلب من الفرد المريض أن يصمم أو يقوم بعمل نماذج مصغرة من موضوعات معينة.

(٢) طريقة التحليل بالصور Picture Discussion

تعتبر هذه الطريقة من الطرق المناسبة لحالات الأطفال المتلجلجين، حيث تشير الدراسات أنه من الضروري على المعالج جعل الطفل الذي يعاني من اللجلجة يتجنب قدر المستطاع التفكير بالظروف والمواقف المؤلمة التي ساهمت في حدوث المشكلة لديه، والتي ترجع في معظمها إلى الأسرة، ويرى الباحثون بأن أفضل طريقة لإبعاد الطفل المصاب عن استعادة ذكرياته المؤلمة هي أخذ المعلومات مباشرة من الطفل وبشكل غير مباشر، وبحيث لايواجه الطفل أسئلة مباشرة تتعلق بعلاقته بوالديه، وقد عمد البعض من أجل تحقيق ذلك استخدام بطاقات أو صور معينة مثل (بطاقات سبيدول المصورة The Speedwell Composition ، وهي عبارة عن مجموعة صور تحتوي على بعض المناظر، والمواقف، التي يسر إليها الطفل، وتسترعي انتباهه وتتناسب مع مدركاته، وتستخدم لأعمار بين (٦-١٢) سنة. من هذه الصور [صورة نعجة وجمل يقفان على حافة حفرة]، [صورة تمثل طفلاً يسقط في حفرة]، [صورة تمثل فتاة في شارع أمامها عربة أطفال ورجلاً من البوليس يشرف على حركة المرور].

وعادة يطلب من الطفل المريض أن ينظر إلى الصور ويقول ماذا يوجد فيها (طريقة

إسقاطية   وقد أمكن بواسطة هذه الطريقة الغير مباشرة الكشف عن مشكلة الطفل المصاب باللجلجة، والمتصلة بأسرته ووالديه وأمه، وقد كان لهذه الطريقة فائدة أخرى وهي أن الحوار والمناقشة التي كانت تتم بين الطفل المتلجلج والمعالج كانت تساعد على إعادة ثقة الطفل بنفسه، وفي قدرته على الكلام دون قلق أو خوف، والجدير بالذكر أن هذه الطريقة تعتمد على توجيه أسئلة للطفل تحتاج إلى أجوبة معينة، وعندما يكون الطفل مستغرقاً في تفحص الصورة فإن انتباهه من أجل الكلام السيء أو المخجل يضعف، وهذا مايساعد الطفل على الكلام دون لجلجة أو انفعال.

(٣) مناقشة مشكلات الطفل المصاب باللجلجة مع الوالدين، والمسئولين في المدرسة

تشير الدراسات النفسية حول اللجلجة إلى أن عملية اللجلجة تتصل بظروف الأسرة التي نشأ وترعرع فيها الطفل المصاب، وبالطريقة التي عومل بها الطفل، قسوة، ضرب، حرمان، نبذ ... لذلك يعمد بعض المعالجين إلى مايسمى (بعلاج الأسرة) وبالذات الوالدين بغرض جعلهم يعدلون أو يغيرون سلوكهم تجاه الطفل، وقد ثبتت جدوى هذه الطريقة وخاصة إذا تعاون الآباء عن طريق الحوار، والمناقشة البسيطة ودون تكلفة، بهدف إقناع الوالدين بتحسين معاملتهم، وفهم طفلهم بشكل جيد ...

وقد يواجه المعالجون صعوبات في توجيه وإرشاد الآباء أو الأمهات ذوات الطابع الشاذة والنزعات الاستبدادية، أو النرجسية، أو العدوانية، أو العصبية، وأحياناً تكون المشكلة خارجة عن إرادة الوالدين وبسبب ماتعاني منه الأسرة من ظروف اقتصادية، وسكنية، وصحية سيئة، وهذا مايؤثر في حالة اللجلجة لدى المريض. أو تكون المشكلة صادرة عن الإخوة أو الأخوات، أو زوجة الأب، أو الأقارب.

وقد اقترح بعض المعالجين النفسانيين تأسيس مؤسسات علاجية إرشادية للاباء، حيث تعقد لهم اجتماعات خاصة يستمعون فيها إلى أحاديث قصيرة، أو محاضرات بسيطة تفيد في فهم مشكلات أولادهم ومايؤدي حلها إلى تخفيف الكثير والمصاعب عليهم، وعلى طفلهم المصاب، وعلى عملية العلاج.

كما يمكن إذا كان الطفل تلميذ في المدرسة أن يتم وبالتعاون مع الإدارة المدرسية، والمعلمين أو الأخصائي الاجتماعي توفير وسط مدرس مناسب للطفل بعيداً عن المشكلات

المدرسية والدراسية، وعن السخرية، أو الضحك من أصدقاء الطفل المتلجلج، وهذا مايوفر مناخاً جيداً يمكن للطفل أن يشعر خلاله بالراحة، والأمن، والمحبة، ويعوض عن مصادر الحرمان والنقص لديه، وهذا ماينعكس على عملية اللجلجة لديه وتحسن حالته بسرعة، وكذلك تحسن سلوك الطفل العام في الأسرة والمدرسة.

(٤) الإيحاء والإقناع Suggestion & Persuation

إن عمليتي الإيحاء والإقناع توجه بصورة أساسية لتلافي شعور الطفل بالنقص وخوفه من الكلام وعيوبه، وماقد يتعرض له من خيبة أمل وخجل من خلال بيئته الاجتماعية، والإيحاء سواء المباشر أم الغير مباشر فإن الهدف منه جعل الفرد المتلجلج يدرك حقيقة اضطرابه مع ضرورة تعديل نظرته لنفسه (تعديل مفهوم الذات).

ولقد أدى مثل هذا الإدراك تدريجياً إلى إزالة المخاوف الناشئة عن اضطرابات الكلام، ويمكن استخدام الإيحاء عن طريق توجيه عبارات أو كلمات أثناء استرخاء المريض مثل:

- إن حالتك ستتحسن ولن تستمر على هذا السوء بعد الآن ...
- إن وضعك في تحسن مستمر ...
- كلما التزمت بالتوجيهات كلما تحسنت حالتك ...
- أشعر بأن هناك تحسناً ملحوظاً ...

وهذا مايشجع الفرد المصاب، ويبث في نفسه الثقة والتعاون والدافعية للاستمرار في العلاج، ويمكن أن تتم علمية الإيحاء خلال الألعاب الكلامية Vocal games التي تستخدم كجزء من منهج التعليم الكلامي الجديد Speech Rehabilitation ، ويعزي التحسن لدى المتلجلجين إلى أنهم يتخلون عن مخاوفهم، ويبتعدون عن القلق والخجل، مع زيادة الثقة بالنفس تدريجياً، والإيمان بالقدرة على النطق، وتخفيف مشاعر الصراع والتوتر الداخلية ممايزيد من الاسترخاء والطلاقة في الحديث.

أما وسيلة الإقناع Persuation فهي من الوسائل الشائعة والمألوفة في مجرى الحياة العادية لدى الناس، والإقناع ماهو إلا عرض فكرة أو رأي على شخص موثوق فيه كأخصائي في الإرشاد النفسي، أو طبيب ... ومناقشة هذه الفكرة بمنطق معقول، وتكوين

صورة منطقية عن المشكلة، والإقناع يزيد عن الإيحاء في أنه يعتمد على العقل، والطريقة هي مناقشة الفرد المتلجلج لمعرفة صعوبة كلامه ومايتصل بها من اضطراب، وهدف المناقشة إقناع المريض بأنه خالٍ من علة عضوية أو وظيفية تعيق كلامه، وأن بإمكانه التغلب على مشكلته بسهولة، وأنه كان حساساً ومبالغاً في حجم مشكلته أكثر من اللازم، وأن مدركاته كانت مبنية على الوهم والخطأ (علاج استبصار) وأنه لامبرر لعدم طلاقته في الكلام ... وهذا أيضاً مايحرر المريض من مشكلته النفسية، ويزيد من أمنه وطمأنينته، وثقته بنفسه ويؤدي بالتالي إلى التخلص من اللجلجة بشكل تدريجي.

(٥) العلاج بواسطة الاسترخاء Relaxation Therapy

يمكن اعتبار اللجلجة عرضاً لصراع نفسي عميق، يسيطر على الفرد المصاب، ثم يتجاوز أفكاره، وتصوراته إلي ذاته، وبحث تأثر هذا الصراع النفسي يفقد المريض اتزانه العصبي والنفسي ويؤدي ذلك إلى عدم توافق وظائف المريض العقلية والوجدانية مع الوظائف العضوية (عرض سيكوسوماتي) ويمكن إعادة التوافق هذا بالاعتماد على مبدأ الاسترخاء العضلي، ومايتبعه من استرخاء نفسي وفكري، لقد وجد أن الاسترخاء التدريجي لعضلات الجسم يؤدي إلى استرخاء تدريجي لأثر النشاط الانفعالي، وأن مايعانيه المريض من انفعالات خوف، وقلق، وخجل، ودونية ... لاتظهر أثناء الاسترخاء.

ويمكن تدريب المريض على عملية الاسترخاء (كاستجابة مضادة للقلق والتوترات) بسهولة ودون أية أخطار، كما اتضح أنه من أجل إحكام الترابط بين انفعالات المريض و جسمه وإطلاق المتلجلج من توتراته، يجب تدريب المريض على الاسترخاء قبل كل درس لمعالجة كلامه، والاسترخاء العلاجي مفيد وخاصة في الحالات الصعبة التي يصعب فيها الإيحاء، أو الإقناع بسبب زيادة حدة توتر الفرد المصاب، ويمكن استخدام التداعي الحر مع عملية الاسترخاء لمعرفة الأسباب العميقة بشكل أفضل.

(٦) العلاج الظلي Shadowing Therapy

وهي طريقة علاجية مساعدة، حيث يوضع الفرد المتلجلج أمام مرآة ليشاهد بنفسه الحركات العشوائية التي يقوم بها عند الكلام، وتعبيرات الوجه والتوترات، وكذلك يسمع صوته. أما مباشرة أو في جهاز تسجيل خاص. وهذا مايجعله يشعر بغرابة كلامه وعدم انسجامه، ممايزيد من ضيقه وانفعاله، من جراء حركاته وكلامه، وذلك عندما يستمع لذلك

وهذه العملية تسمى (عملية تعويم Floating of anxiety) مما يجعله تدريجياً يكره، وينفر من هذه الحركات والأصوات التي تبدو منه، ويعمل جاهداً وراء التخلص منها أو التخفيف من حدتها.

ويمكن للمعالج استخدام أسلوب آخر يقوم على تشتيت انتباه المريض بحيث لايستمع المريض إلى صوته ويستجيب لموقف أو منبه آخر، وهذا مايعزز المريض بنفسه ويجعله يتحدث بطلاقة، يمكن تسجيل كلام المريض أثناء قراءته لموضوع ما قبل هذه المحاولة، ثم محاولة قراءة نفس الموضوع وتسجيله مرة أخرى بعد عملية تشتيت انتباه المريض عن كلامه، ويلاحظ عادة شيء من التحسن في القراءة الثانية، وبالمقارنة تزداد ثقة المريض ومحاولاته الكلامية.

(٧) العلاج السلوكي المنفر Aversion Therapy

ويعتمد على عملية توليد الكراهية والنفور والملل لدى المريض من كلامه، وصوته المضطرب حيث يمكن-إذا توفرت التقنيات اللازمة-توجيه صدمة للمريض (منبه مزعج) كلما أخطأ في سياق كلامه وزاد من لجلجته، بينما تقدم للمريض مكافأة (مادية أو معنوية) وكتعزيز إيجابي كلما قلل من لجلجته، أو بالأحرى بإمكانه تفادي الصدمة (الكهربائية) وتجنبها إذا قلل من اللجلجة، وبهذا الشكل تصبح عملية اللجلجة مقترنة بعقوبة أو بمنبه مؤلم، وعدم اللجلجة مقترناً بالراحة أو بالمكافأة (عملية إشراط تخضع لقوانين الإشراط في التعلم) ومع تكرار الجلسات يتدرب الفرد على تجنب التهتهة، وزيادة التحكم والسيطرة على كلامه (عملية انطفاء لاستجابة اللجلجة).

(٨) العلاج السلوكي عن طريق الممارسة السلبية Negative Practice

وهذه أيضاً طريقة نفسية مساعدة يلجأ إليها بعض علماء النفس، وتفيد في علاج اللجلجة (والوساوس، والخلجات العصبية، والأفعال القسرية ...) وتتلخص هذه الطريقة في:

وضع الطفل أو الفرد المصاب باللجلجة في موقف يتطلب منه تكرار عملية الكلام واللجلجة، مع مافيها من اضطراب في النطق والصوت ... عدة مرات متتالية (تكرار آلي دون هدف)، وحتى يؤدي ذلك إلى تعب الفرد من حيث القدرة على الكلام بهذا الشكل (تعب الاستجابة) والنفور من عملية التكرار في حد ذاتها، وبالتالي شعور الفرد بنوع من

التعب والملل وبضرورة التخفيف أو التخلص من هذا الشكل المتعب والمنفر من الكلام.

هذه الطريقة السابقة تعتمد على مبادئ نظريات التعلم الإشراطية أساليب تعديل السلوك كما تعتمد على مبدأ التغذية السمعية الراجعة المرجأة، حيث يستمع المريض إلى كلامه المزعج، بشكل بطيء لتكوين إحساس مرتبط بنمط بطيء للكلام.

(٩) العلاج بطريقة التحليل النفسي المختصر:

تفيد عملية التحليل النفسي لدى الطفل المتلجلج (أو الراشد) في الكشف عن صراعاته، وصدماته النفسية المكبوتة في اللاشعور، حيث يعتبر جماعة التحليل النفسي اللجلجة ترجع إلى عامل القلق، والدليل على ذلك اختفاء حالة اللجلجة أو التخفيف من حدتها عندما يكون المريض منفرداً، ويزداد هذا العرض عندما يكون الفرد أمام جماعة.

(جـ) العلاج الكلامي Speech Therapy

هناك عدة طرق في العلاج الكلامي، وهي طرق متداخلة مع بعضها وتعتمد على مساعدة المصاب باللجلجة، على مقاومة عيوب كلامه، وزيادة الثقة بنفسه، وهي طرق لاتعتمد على لفت انتباه المريض لمشكلته ممايزيده خجلاً وانفعالاً، ويطلق البعض على هذه الطرق اسم "الرياضة الصوتية":

اولاً: طريقة الاسترخاء الكلامي:

وتجري عادة داخل العيادة النفسية والاسترخاء الكلامي يهدف إلى تحقيق غرضين، هما التخلص من عامل الاضطراب والتوتر أثناء الكلام. وتكوين ارتباط خاص بين الشعور بالسهولة والراحة أثناء القراءة، وبين الباعث الكلامي نفسه، وهناك عادة استمارة تمارين خاصة تبدأ بالحروف المتحركة، ثم بالحروف الساكنة، ثم تمرينات على كلمات متفرقة لصياغتها في جمل وعبارات، وعادة تقرأ الأحرف، والكلمات، والجمل بكل هدوء واسترخاء، يبدأ المعالج بقراءة ذلك أولاً، ثم يطلب من المصاب تقليده بنفس الطريقة والنغمة، يلي ذلك تمرينات على شكل أسئلة بسيطة، تؤدي هذه الأسئلة على شكل أسلوب هادىء، وعادة يكون في العيادة قوائم مقننة من القراءات تتلى على سبيل التجربة لمعرفة أن الطفل المصاب باللجلجة قد سيطر على حركات كلامه، وتشير التجارب بأن المتلجلجين لايجدوا صعوبة في التكلم أو القراءة بهذه الطريقة الرخوة، ويبدو أن النمط الجديد من

الكلام الهادي. قد صرف انتباه المريض عن مشكلته، ولكن ماإن يتوقف المتلجلج عن الكلام في التمرينات حتى يكتشف أن الأسلوب الذي كان يمارسه في التمرينات هو أسلوب غريب يختلف عن أساليب الكلام المألوفة، وهذا ماقد يؤدي أحياناً إلى نكسة مفاجئة، ولما كان التحسن بطريقة الاسترخاء الكلامي وقتياً. فقد دعمت هذه الطريقة بطريقة أخرى تعتمد على تعليم الكلام من جديد.

ثانياً: طريقة تعليم الكلام من جديد Speech Rehabilitation

وهي عبارة عن تمرينات يشجع فيها المصاب على الاشتراك في أشكال مختلفة من المحادثات التي تنسيه مشكلته وكل مايتصل بها من قريب أو بعيد، وكأمثلة على ذلك: (برنامج الألغاز والأحاجي Charades والمناقشات الجماعية، وهي تمرينات تتضمن عناصر اللعب، والتسلية، والكلام الحر الطليق ... ونلاحظ خلال التمرينات (الجماعية) الأطفال يتصايحون، ويتدافعون، ويصفقون، ويطربون للإجابات الصحيحة، ويسخرون من الإجابات الخاطئة، وقد ثبت بأن طريقة المناقشة الجماعية group discussion طريقة مفيدة، وخاصة إذا تناولت مشكلات هامة، وكانت المناقشات بشكل حر، دون رقابة أو ارتباك، ويمكن لطريقة الاسترخاء الكلامي أن تندعّم أيضاً بطريقة الاسترخاء الجسمي.

ثالثاً: طريقة تمرينات الكلام الإيقاعي Rhythmical Speech

وفي هذه الطريقة تستخدم الحركات الإيقاعية، وهي تفيد في صرف انتباه المصاب عن مشكلته وتؤدي في نفس الوقت إلى سرور المصاب وتعاونه، ويمكن أن تطبق هذه الطريقة بعدة أساليب [مثل النقر بالأقدام-النقر باليد على الطاولة، والصفير، الخطوات الإيقاعية ... الخ] كما يمكن الاعتماد على طريقة القراءة الجماعية أو الكورس حيث يرى بأن هذه الطريقة مسلية للطفل وتبعده عن مشكلته الحقيقية، وتجعله يندمج مع الآخرين في وضع لايميزه عنهم، ويلاحظ أن التدريبات الإيقاعية تعتبر طرائق علاجية كلامية مساعدة ، مفيدة في تشتيت انتباه المريض عن مشكلته.

رابعاً: طريقة النطق بالمضغ The Chewing-Speaking method:

طريقة النطق بالمضغ من وضع العالم (فروشلز Froeshles وتهدف هذه الطريقة إلى استئصال ماثبت في فكر المصاب من أن الكلام بالنسبة إليه صعب وعسير، وفي هذه الطريقة يسأل المريض باللجلجة في البداية عن إمكانية إجراء حركات المضغ، ثم يطلب منه

أن يقوم بحركات المضغ بهدوء وسكون، وبعد ذلك يطلب منه أن يتخيل أنه يمضغ قطعة من الطعام، عليه أن يقلد عملية مضغ هذه القطعة وكأنه في الواقع، فإذا تمكن من ذلك يطلب منه أن يحدث لعملية المضغ صوتاً، فإذا وجد صعوبة أو اختجل من ذلك، على المعالج أن يحدث نفس العملية أمام المريض، وبعد ذلك يوجه للمصاب بعض الأسئلة بصحبة نفس الأسلوب من المضغ مثل: (مااسمك، واسم والدك، وعنوانك، واسم إخوتك، ومدرستك ... الخ)

وتدريجياً يجعل المعالج الطفل المريض يجيب عن هذه الاستفسارات لهذا الأسلوب من المضغ، وهذه الطريقة تؤدي إلى الفوائد التالية، في تحويل انتباه الطفل المريض عن اللجلجة ونطقه المزعج، كما أن هذه الطريقة تفيد في جعل المريض ينطق الكلمات بهدوء يتناسب مع عملية المضغ، وكذلك تخلص المريض من مخاوفه بسبب محاولة مضغه للكلمات التي يخاف نطقها، ويحاول نطق هذه الكلمات دون تقطع.

إن جميع هذه الطرق العلاجية السابقة تساهم في تخليص المريض من مخاوفه وقلقه وتعيد إلى شخصه الهدوء، والاتزان، والثقة، مع تعديل نظرته للآخرين، وهذا ماأكدت عليه طريقة (وندل چونسون) التي تعتمد على تخفيف الخوف والصرع لدى المريض.

الفصل السابع

إرشادات ونصائح للأسرة والمدرسة

الملاحـــــــق

المراجـــــع

الفصل السابع

إرشادات ونصائح للأسرة والمدرسة

١- يجب رعاية النمو اللغوي لدى الطفل الصغير وتدريبه على الكلام وإتاحة الفرصة لمخاطبته وفهمه، ممايؤدي إلى النمو اللغوي لدى الطفل، كما يجب إحاطة الطفل بالرعاية والعطف والحنان وخاصة من قبل الأم، وتوفير الرعاية الصحية والنفسية بالشكل الصحيح، وكذلك من المفضل على الآباء مطالعة بعض الكتب التثقيفية حول اللغة وتطورها، ومشكلاتها، وهذا مايساعدهم على فهم لغة طفلهم وطبيعة نموها والعوامل المؤثرة في هذا النمو.

٢- إذا لاحظ الاباء وجود قصور لغوي واضح لدى طفلهم بالمقارنة بالأطفال الآخرين ينبغي مراجعة الأخصائيين من الأطباء وعلماء الطب النفسي، حتى يتم مواجهة المشكلة إن وجدت بشكل مبكر وبالاعتماد على مبادىء علمية سليمة، ويجب عدم قلق الآباء كثيراً لأن مسألة اللغة هي مسألة وقت، ونضج عصبي، وعضوي، وفكري، كما أنها مسألة رعاية وتربية.

٣- يجب الانتباه إلى اللغة العامية، واللغة الفصحى عند تعليم الطفل الكلام، وكذلك تعويد الطفل على عدم استخدام الألفاظ الشاذة والبذيئة ... ويفضل عدم تصحيح الأخطاء النحوية، لأن هذا يعتبر أمر طبيعي يجب المرور عليه، وبالتالي فإن محاولة التصحيح القسرية تؤدي إلى مضاعفة أو اضطرابات لغوية، ويجب عدم الإسراف في ذلك.

٤- إذا كان للطفل إخوة صغار ، يجب عدم مقارنة لغة الطفل أو نطقه مع إخوته الذين يتكلمون أفضل منه ، لأن ذلك يترك أثراً سيئاً لدى الطفل ويزيد من مشكلته.

٥- إن وضع الطفل في عمر السنتين في دور الحضانة لأسباب مثل عمل الأم أو غير ذلك

مقبول ولكن يفضل لو يكون الطفل مع أسرته وبين أخواته الذين يكبرونه سناً.

٦- تشجيع الطفل على الكلام، والتحدث، والتعبير بطلاقة، والاستماع الصحيح، والقراءة أو سمع القصص والحكايات الشيقة، والاهتمام بالصور، والرسومات، والصحف، ... كما يفضل عدم إجابة الطفل الصغير بواسطة الإشارات والحركات الإيمائية .... أو المبالغة في ذلك.

٧- على الأم التي تعمل خارج المنزل إيجاد الفرصة المناسبة لتعويض الطفل عما ينقصه من رعاية وعطف وحوار لغوي، ... إن من واجبات الأم ليس تقديم الطعام والشراب فقط بل لابد من الجانب الروحي والمعنوي الهام لدى الطفل.

٨- ضرورة الانتباه إلى خطورة ازدواجية اللغة حيث يعيش الطفل خلال فترة نموه اللغوي داخل وسط يتدرب فيه أو يستمع إلى لغتين مختلفتين تماماً، وهذا مايعوق نمو اللغة ويحدث اضطرابات في شخصية الطفل (أثر المربيات الأجنبيات).

٩- أما بالنسبة للطفل الأعسر فيجب اعتبار أن هذه الحالة عادية غير مرضية، ويفضل عدم الإلحاح أو الضغط على الطفل للكتابة بيده اليمنى، لأن ذلك قد يترتب عليه فشل دراسي واضطراب شخصي، ولجلجة في الكلام وغير ذلك.

١٠- أن الطفل قد يكتسب اضطرابات النطق والكلام من أبويه ، وإخوته، والمقربون إليه ، إذا تضمن كلامه أخطاء في النطق والكلام والطفل سرعان مايكتسب أو يقلد أو يتعود على نطق هذه الكلمات أو الأحرف ، أو الجمل بشكل خاطئ، ويظهر أثر ذلك خطراً في مراحل النمو الأولى للطفل. وفي الاضطرابات الوظيفية للنطق والكلام.

١١- على المدرس أن يكون واعياً بألفاظ نطق تلاميذه الصحيحة والخاطئة، والفروق الفردية اللغوية بين تلاميذه والاستفادة من تدريبات القراءة الجهرية، أو تدريبات الهجاء في تحسين بعض الاضطرابات المتعلقة بذلك كما يمكنه التعاون مع الأسرة في

تحسين مستوى النطق والكلام لدى الطفل.

١٢- من الضروري على المؤسسات التربوية إجراء فحوص واختبارات دورية تتناول مستوى السمع، والإبصار، والقدرة العقلية العامة، والقدرة اللغوية، والسلوك العام لدى الأطفال، والتلاميذ.

١٣- العمل على وقاية الطفل من الأمراض والاضطرابات ومتابعة مراحل نموه اللغوي بشكل صحيح.

١٤- عدم الإلحاح في الإسراع في الإجابة أو إرغام الطفل على سرعة الاستجابة لبعض المثيرات وهو في حالة من الخوف أو الغضب.

١٥- عدم إظهار الفروق الفردية في المستوى التحصيلي بين الطفل وزملائه، ومن ثم شعوره بالفشل.

١٦- عدم اللجوء إلى تعليم الصغار لغات أجنبية متعددة في وقت مبكر دون التدرج في المرحلة السنية.

١٧- التحدث إلى الطفل في رفق تشجيعه على القراءة والتزود بحصيلة لغوية سواء عن طريق القراءة أو الاستماع إلى وسائل الإعلام.

١٨- تجنب مقاطعة الطفل أثناء حديثه أو توجيه نظره إلى عيوبه الكلامية أو حثه على النطق في انفعال. إنما يجب تدريبه على التمهل في النطق وخاصة تلك الألفاظ التي تكثر فيها اللجلجة.

١٩- يجب أن تترك التلميذ يعبر عن نفسه باللغة التي يختارها وأن تتحاشى إيقافه في أثناء حديثه لتصويب أخطائه، فإن ذلك يضعف ثقته بنفسه ويؤدي إلى التردد. ولكن على المدرس أن ينتهز الفرص أو يخلق المواقف المناسبة لشرح الأخطاء الشائعة بين التلاميذ.

٢٠- تشجيع الطفل على الغناء أو إلقاء بعض الموضوعات فهذا يشجعه على الانطلاق.

٢١- التربية المسرحية وسيلة للتدريب على إجادة النطق والكلام.

إستمارة معلومات خاصة بحالات إضطراب النطق والكلام

إعـــداد
الدكتور فيصل محمد خير الزراد

سري جداً

١ ـ اسم الحالة :
٢ ـ العمر بالسنة والشهر (طفل ، مراهق ، راشد) .
٣ ـ الجنس (ذكر ، أنثى) .
٤ ـ المدرسة ، أو المعهد ، أو المؤسسة :
٥ ـ تاريخ القبول :
٦ ـ نتيجة التشخيص :
٧ ـ العنوان الدائم ، والمؤقت :
٨ ـ رقم الملف :

معلومات حول الأسرة :

١ ـ العلاقة أو القرابة بين الأبوين :
٢ ـ عدد أفراد الأسرة (الذكور ، والاناث . . .)
٣ ـ ترتيب الطفل بين إخوته :
٤ ـ أساليب التنشئة الاجتماعية داخل الاسرة (لا مبالاة وإهمال ، إفراط في الرعاية ، تقبل ، رفض ، تسامح ، قسوة وحرمان . . .)
٥ ـ هل يوجد بين أفراد الأسرة من يستخدم يده اليسرى ؟.
٦ ـ هل يوجد بين أفراد الأسرة من يعاني من إضطراب في الكلام أو النطق ؟.
٧ ـ هل يوجد بين أفراد الأسرة من يعاني من إضطرابات عقلية ، أو نفسية ، أو سلوكيه . . .)؟

٨ ـ الوضع الثقافي في داخل الأسرة (ثقافة الأم والأب والأخوة . . .)
٩ ـ الوضع الإقتصادي والمشكلات الإقتصادية في الأسرة (الدخل ، وظروف السكن . . .)
١٠ـ الوضع الإجتماعي ، والعادات ، والقيم في الأسرة .
١١ـ الوضع الصحي والوعي الصحي لأفراد الأسرة .

معلومات حول ظروف الحمل والولادة :

١ ـ هل تعاني الأم من أمراض أو إضطرابات جسمية ، أو عقلية ، أو نفسية ؟.
٢ ـ هل أجريت للأم عمليات جراحية أثناء فترة الحمل ؟
٣ ـ هل تناولت الأم بعض الأدوية والعقاقير في فترة الحمل ؟.
٤ ـ هل تعرضت الأم لبعض الحوادث أثناء فترة الحمل ؟.
٥ ـ مدة الحمل : (مبكره ، متأخره ، عادية)؟
٦ ـ نوع الولادة : (طبيعية ، قيصرية ، ولاده عسرة . . .) .
٧ ـ وزن الطفل بعد الولادة (عادي ، نقصان في الوزن ، زياده في الوزن) .
٨ ـ جسم الطفل بعد ولادته (طبيعي ، تشوهات أو إصابات خلقية . . .) .
٩ ـ سلامة الحواس .

مابعد الولادة :

١ ـ مدة الرضاعة ونوعية الرضاعة (طبيعية ، إصطناعية) .
٢ ـ الفطام (مبكر ، تدريجي ، مفاجىء ، متأخر) .
٣ ـ التسنين .
٤ ـ المشي .
٥ ـ ضبط عملية الإخراج (التبول ، والتبرز) .
٦ ـ النمو العام للطفل (الطول، الوزن، الحواس، الوظائف الحركية . . .) .
٧ ـ أمراض أو إصابات إن وجدت .
٨ ـ النمو اللغوي للطفل (متى نطق الطفل الكلمة الأولى ، إستجابة الطفل اللغوية ، صعوبات في النطق) .

معلومات عن الحالة الراهنة

(١) النمو العقلي :

١ - مستوى الذكاء : (المقياس المستخدم ، العمر العقلي) .

٢ - مستوى التحصيل الدراسي : (الصف، النجاح والرسوب ، تأخر دراسي ، آراء المشرفين) .

٣ - الوظائف العقلية (الانتباه ، الادراك ، الذاكرة ، التفكير ، التخيل . . .)

٤ - الاستعدادات والمواهب (موسيقى ، رسم ، رياضة ، تمثيل . . .) .

(٢) الوضع النفسي الحركي :

١ - قلق وتوتر (عصابية) .

٢ - خوف وعدم الشعور بالأمن والثقة بالنفس .

٣ - انطواء واكتئاب .

٤ - عدوان .

٥ - مقاومة وكذب .

٦ - تبلد وجداني .

٧ - مشاعر إثم وذنب .

٨ - إضطرابات في النوم (كثرة النوم ، قلة النوم ، أرق ، كلام اثناء النوم ، مخاوف ليليه ، مشي أثناء النوم) .

٩ - إضطرابات في الاخراج .

١٠- إضطرابات في الطعام .

١١- إضطرابات جنسية .

١٢- إضطرابات حركية (نشاط زائد ، توتر عضلي ، ضعف حركي ، تشنجات ، عمد حركي ، قضم أظافر ، مص أصبع ، حركات راقصة ، خلجات ، نمطية حركية ، تصلب حركي ، طاعة آلية . . .) .

١٣- المظهر الخارجي للمريض : (نحيف، بدين، عضلي، قذارة، إضطراب اللباس، إضطراب الشعر، إضطراب الوضع أو الجلسة، عدم تناسق، تشوهات، إصفرار، تعرق، رعشة . . .) .

(٣) الفحص الطبي :

١ - القدرة السمعية للطفل .

٢ - القدرة البصرية للطفل .

٣ - الحواس الأخرى .

٤ - هل يستخدم الطفل معينات حسية كالسماعات ، أو النظارات .

٥ - الأسنان ، وإنطباق الفكين ، وسلامة سقف الحلق .

٦ - الحنجرة والأوتار الصوتية .

٧ - سلامة اللسان .

٨ - الزوائد والجيوب الأنفية والالتهابات .

٩ - أمراض الصدر والتنفس .

١٠- أمراض اللوزتين .

١١- فقر الدم والضعف العام .

١٢- سلامة الجهاز العصبي والمسارات العصبية الحسية الحركية .

١٣- أمراض القلب .

١٤- أمراض أخرى مثل : الصرع ، المستريا ، حالات ... .

(٤) الفحص الكلامي :

١ - المحصول اللغوي والطلاقة اللفظية .

٢ - القدرة على التعبير الكتابي ، والشفوي .

٣ - تأخر في الكلام .

٤ - حبسة في الكلام . (الأفازيا الحسية - الحركية) .

٥ - كلام تشنجي .

٦ - لغة جديدة غير مفهومة .

٧ - لجلجة ، أو تهتهة .

٨ - قلة الكلام والإجابات المختصرة جداً .

٩ - إلتزام الصمت وضعف الإجابة .

١٠- بطء الكلام .

١١- سرعة الكلام .

١٢- حذف بعض الأحرف .

١٣- إبدال بعض الأحرف بالأخرى .

١٤- النمطية في الكلام .

١٥- إجترار الكلام .

١٦- المصاداة .

١٧- اللعثمة .

١٨- الكلام البذيء والسباب .

١٩- فقدان الكلام الهستيري .

٢٠- كلام طفلي .

٢١- إضطرابات أخرى مثل : إضطراب الصوت المصاحبة لإضطرابات الكلام . ..

(٥) نتائج التشخيص : ....

....

(٦) العلاج المقترح : ....

....

(٧) المتابعة والتغيرات التي طرأت على الحالة : ....

....

(٨) الإخصائي المشرف : ....

....

(٩) ملاحظات حول الحالة : ....

....

المراجـــــع

أولاً: المراجع العربية :

١- إبراهيم حافظ (١٩٦١): تطور نمو الأطفال، ترجمة : عالم الكتب، القاهرة.

٢- إسحق رمزي (١٩٥٠): مشكلات الأطفال اليومية، دار المعارف، القاهرة.

٣- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨): الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتب ، القاهرة.

٤- ------------ (١٩٧٧): علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة) عالم الكتب، القاهرة.

٥- رمزية الغريب (١٩٦١): العلاقات الإنسانية في حياة الصغير، ومشكلاته اليومية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٦- سيد عثمان ، فؤاد أبو حطب (١٩٧٨): التفكير "دراسة نفسية" الأنجلو المصرية، القاهرة.

٧- سيد محمد غنيم (١٩٧٤): النمو اللغوي لدى الطفل في نظرية بياجيه ، حوليات كلية الآداب ، جامعة عين شمس، القاهرة.

٨- سيد محمد غنيم ، هدى برادة (١٩٦٤): الاختبارات الإسقاطية ، النهضة العربية ، مصر.

٩- صفاء غازي أحمد (١٩٩٥): إضطرابات التواصل ، كلية التربية ، جامعة عين شمس.

١٠- صلاح مخيمر، وعبده ميخائيل رزق (١٩٦٩): نظرية التحليل النفسي في العصاب، ترجمة، الأنجلو المصرية، القاهرة.

١١- صالح الشماع (١٩٦٢): إرتقاء اللغة لدى الطفل (من الميلاد حتى السادسة) دار المعارف، مصر.

١٢- عبد الفتاح صابر عبد المجيد (١٩٨٨): في سيكولوجية النمو (طفولة ومراهقة) الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٣- عماد الدين فضلي (١٩٧٦): النفس والجسم ، ترجمة، الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٤- فيصل محمد خير الزراد (١٩٨٧): اللغة واضطرابات النطق والكلام، دار الشروق ،

بيروت.

١٥- ---------- (١٩٨٤): علاج الأمراض النفسية ، دار العلم للملايين، بيروت.

١٦- فتحي عبد الرحيم وآخرون (١٩٨٢): سيكولوجية الأطفال الغير عاديين، دار القلم، الكويت.

١٧- فؤاد أبو حطب (١٩٧٨): القدرات العقلية، الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٨- فاخر عقل (١٩٦٩): سلوك الطفل ، ترجمة، مكتبة النوري ، دمشق.

١٩- كمال إبراهيم مرسي (١٩٧٠): التخلف العقلي وأثر الرعاية والتدريب فيه، دار النهضة العربية ، القاهرة.

٢٠- محمود قاسم (بدون تاريخ): ميلاد الذكاء عند الطفل (ترجمة لجان بياچيه) الأنجلو المصرية ، القاهرة.

٢١- مصطفى فهمي (١٩٥٥): أمراض الكلام ، دار مصر للطباعة ، القاهرة.

٢٢- مختار حمزة (١٩٦٤): سيكولوچية المرضى وذوي العاهات، دار المعارف المصرية، القاهرة.

٢٣- نبيل عبد الفتاح فهمي حافظ (١٩٨٣): محاولة لفهم العلاج النفسي ، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٢٤- نعيمه محمد بدر يونس (١٩٨٣): دراسة للمناخ المدرسي في المرحلة الثانوية وعلاقته بالتوافق النفسي للطلاب، ماجستير غير منشورة، كلية التربية ، جامعة عين شمس.

٢٥- نعيمه محمد بدر يونس (١٩٨٦): المعالجة السيكولوچية للأطفال في مجتمع حديث، ورقة عمل مقدمة لندوة (الطفل والتنمية) في ١٤٠٧/٣/٢٢ هـ لوزارة التخطيط بالمملكة العربية السعودية.

٢٦- نعيمة محمد بدر يونس (١٩٨٩): دراسة عاملية لمكونات الكفاية المهنية للمعلمة في المرحلة الثانوية في مصر وبعض المتغيرات النفسية المرتبطة بها ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية التربية - جامعة عين شمس.

٢٧- هدى عبد الحميد براده (١٩٧٤): الأطفال يقرأون ، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٢٨- وليم الخولي (١٩٧٦): الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي، دار المعارف

بمصر، القاهرة.

٢٩- يوسف القروي (١٩٧٥): كيفية تصور المتخلف ذهنياً من طرف المجتمع ، ومشاكل إدماجه ضمن المجموعة البشرية ، منشورات الاتحاد التونسي للمتخلفين ذهنياً .

٣٠- يوسف مراد (١٩٦٢) : مبادئ علم النفس العام ، دار المعارف بمصر ، القاهرة.

ثانيا: المراجع الأجنبية :

31- Adrian Akmajian and others (1989) linguistics an Introduction to language and Communication: The miT. Press. Cambridge: London.

32- Bangs, T.: (1989) language and learning disorders of the Pre-academic Child: N.Y.: Appelton-Century-Crafts.

33- Blatz, A.: (1944) Understanding the young Child, university of London Press.

34- Bühler ch.: (1930) The First year of life, The John Day Co. New York.

35- Cole l. And Morgan, J.T. B.: (1949) Psychology of Childhood and adolescence , Rinehart and co. Inc. New York.

36- Hurlock, E. B.: (1950) Child development. Mc Graw Hill book, co. Inc. U.S.A.

37- Menolascino, F. J.: (1969) Emotional disturbance in mentally Retanted children. Amer; Psychiat. No. 83.

38- Miller, G. A.: (1950) Language and Communication Mc Graw Hill, Hall Book, co. Inc. U.S.A.

39- Piaget. J.: (1950) The Psychology of Intelligence New York, Harcourt, Brace.

40- Jon Eisenson: (1987) language and speech disorders in Children, pergamon press England.

41- Tylor T.J. and D. Cameron: (1987) Analysing Conversation, Rules and Units in the structure of Talk. Pergamon, press, England.

42- Michel Herson and Alan, S. Bellack: (1987) Dictionary of Behavioral assessment.

رقم الإيداع بدار الكتب : ٤١٣٨ / ٩٦

الترقيم الدولى I. S. B. N

977 - 19 - 05 - 22 - 8